

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Zuzana Čepelíková

**MOŽNOSTI A MEZE PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKÉ
TERAPIE PŘI PRÁCI S TRAUMATIZOVANÝMI KLIENTY**

**POSSIBILITIES AND LIMITS OF PESSO BOYDEN PSYCHOMOTOR
THERAPY IN WORKING WITH TRAUMATIZED CLIENTS**

Praha 2010

vedoucí práce: PhDr. Vendula Junková

Děkuji PhDr. V. Junkové za její odborné vedení, podporu při zpracování mé diplomové práce a důvěru při volbě tématu. Mé velké poděkování patří též Y. Lucké a L. Kobrlemu za přátelské a trpělivé učení a předávání praktických dovedností v oblasti PBSP i práce s traumatem, A. Pessovi za možnost využít videonahrávek z jeho pilotního výzkumu, M. Vančurovi za podporu vydat se směrem Pesso Boyden psychomotorické terapie, všem PBSP terapeutům za jejich otevřenost, vlídnost a pomoc s poskytováním nesčetných materiálů a také mým klientům za jejich otevřené sdílení svých zážitků a myšlenek. Speciálně si vážím pomoci všech mých přátel, členů rodiny a kolegů, kteří mne trpělivě doprovázeli a podporovali při vytváření této diplomové práce a kteří mne obohacovali svoji přítomností v průběhu mé životní cesty.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedených informačních pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze dne 26.3. 2010

Zuzana Čepelíková

ABSTRAKT

Pesso Boyden psychomotorická terapie (PBSP) náleží k tělově zaměřeným psychoterapiím, které ve svém myšlenkovém základě poukazuje na významnost propojení tělesné, emoční a kognitivní složky každého z nás. Tato práce se zaměřuje na psychologickou charakteristiku daného psychoterapeutického směru, která je v dostupné literatuře zpracovávána pouze v omezeném rozsahu. PBSP je předkládána v souvislosti s prací s traumatizovanými klienty. Teoretickou část diplomové práce tvoří dvě základní oblasti – představení praktického a teoretického rámce PBSP a uvedení do problematiky traumatu.

Teorie Pesso Boyden psychomotorické terapie je postihnuta především prostřednictvím obecně psychologických témat a vývojového pohledu na osobnost jedince, praxe PBSP je zachycena v podrobném popisu psychoterapeutického procesu a přiblížena fiktivní kazuistikou PBSP. V teorii traumatu je vyzdvížena především jeho geneze, různorodé definování daného termínu, pozitivní i negativní symptomatologie a možnost léčby klientů s traumatickou historií.

Cílem praktické části bylo zmapování obsahových a časových proporcí vybraných fenoménů známých z PBSP teorie a také subjektivní zkušenosti klientů s danými jevy. Pro zjišťování odpovědi na výzkumné otázky byla použita metoda obsahové analýzy videonahrávek a dotazníků. V anglickém jazyce vedené PBSP struktury byly zaznamenány na videonahrávkách, které byly součástí pilotní studie: „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“ (The effect of two sessions of PBSP psychotherapy on brain activation in response to trauma-related stimuli the pilot fMRI study in traumatized persons). Dotazníky administrovali frekventanti PBSP výcviku.

Výsledky výzkumné části přinesly jak popisné charakteristiky PBSP procesu, tak subjektivní zkušenost probandů. Ve vzájemné shodě obě výzkumné části vyzdvihují PBSP fenomény uplatňující se při práci s emocemi. Jedná se o používání postavy svědka a stavění symbolické scény, která je významná při formování korektivně emoční zkušenosti klientů a která je uzdravující etapou celého PBSP procesu. Díky minimalizaci zájmu o traumatické zranění klienta se snižuje riziko jeho retraumatizace a rozvíjí se pocit bezpečí.

Klíčová slova: Pesso Boyden psychomotorická terapie, trauma, struktura, symbolická scéna, kazuistika, obsahová analýza.

ABSTRACT

Pesso Boyden psychomotor therapy (PBSP) belongs to a body-oriented psychoterapies that in their thought basis point to the importance of linking physical, emotional and cognitive components of each of us. The subject of the dissertation is: *Possibilities and limits of the Pesso Boyden Psychomotor Therapy in working with traumatized clients* and is focused on the psychological characteristics of the psychotherapeutic movement, which is processed by the available literature only to a limited extent. PBSP is presented in the context of working with traumatized clients. The theoretical part consists of two basic topics-introduction of practical and theoretical framework of PBSP and lead-in into issues of trauma.

The theory of Pesso Boyden Psychomotor Therapy is expressed primarily through general psychological topics and developmental perspective on individual personality, PBSP practice is reflected in the detailed description of the psychotherapeutic process and approached by fictitious case report of PBSP. In the theory of trauma is particularly pointed out its genesis, heterogeneous definition of the term, both positive and negative symptomatology and treatment option for clients with traumatic history.

The goal of the practical part was mapping of the content and timing proportions of selected phenomena known from the PBSP theory and subjective experiences of clients with those phenomena. For the detecting the answer on survey questions there was used the research content method of the analysis of video recordings and questionnaires. In the English language, the led PBSP structures were recorded on video recordings, which were part of a pilot study: The effect of two sessions of PBSP psychotherapy on brain activation in response to trauma-related stimuli the pilot fMRI study in traumatized persons. The questionnaires were adminised by learners of PBSP training.

Results of research have produced both descriptors PBSP process and subjective experiences of clients. In reciprocal agreement, both of the research parts highlight the PBSP phenomena that are applied to work with emotions. There is the use of witness character and building symbolic scene, which is important in shaping the corrective emotional experience of clients and that is the healing stage in the process of PBSP. Thanks to minimize of the interest in the traumatic injury of the client, the risk of retraumatization is reduced and a sense of security is developed.

Key words: Pesso Boyden psychomotor therapy (PBSP), trauma, stucture, symbolic scene, casuistry, content analysis.

OBSAH

ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. SEZNÁMENÍ S PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKOU TERAPIÍ	10
1.1 PŮVOD A VÝVOJ PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKÉ TERAPIE A JEJÍ MÍSTO VE SVĚTĚ PSYCHOTERAPIE	13
1.2 TEORETICKÝ RÁMEC PBSP : POHLED NA VYBRANÉ PSYCHOLOGICKÉ OTÁZKY PBSP	17
1.2.1 SEZNÁMENÍ S VYBRANÝMI OBECNĚ PSYCHOLOGICKÝMI TÉMATY PBSP TEORIE	17
1.2.2 POHLED NA VÝVOJ OSOBNOSTI Z HLEDISKA PBSP TEORIE	34
1.3 PROCES PBSP A JEHO PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA	50
1.3.1 PŘEDSTAVENÍ PROCESU PBSP A JEHO LÉČEBNÝCH PRVKŮ	51
1.3.2 MOŽNOSTI A MEZE PBSP (INDIKACE A KONTRAINDIKACE PBSP).....	65
2. TRAUMA.....	70
2.1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ TRAUMATU	70
2.1.1 DEFINICE TRAUMATU	71
2.1.2 GENEZE TRAUMATU.....	72
2.1.3 TRAUMA, JEHO DYNAMIKA A SYMPTOMY	74
2.1.4 POHLED NA TRAUMA V RÁMCI PBSP	79
2.2 LÉČBA KLIENTŮ S TRAUMATICKOU ZKUŠENOSTÍ.....	88
2.2.1 VYBRANÉ LÉČEBNÉ POSTUPY S TRAUMATIZOVANÝMI KLIENTY.....	91
II. PRAKTICKÁ ČÁST	101
3. UVEDENÍ DO PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	101
3.1 VÝZKUMNÁ VÝCHODISKA.....	101
3.2 VÝZKUMNÝ PROJEKT A JEHO CÍLE	103
3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	105
3.3.1 VÝZKUMNÝ VZOREK I	105
3.3.2 VÝZKUMNÝ VZOREK II	106
3.4 POUŽITÉ METODY	107
3.4.1 POUŽITÉ METODY U VÝZKUMNÉHO VZORKU I	107

3. 4. 2 POUŽITÉ METODY U VÝZKUMNÉHO VZORKU II	111
3. 5 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	114
3. 5. 1 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉ ČÁSTI I	114
3. 5. 2 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉ ČÁSTI II	119
3. 5. 3 SYNTÉZA VÝSLEDKŮ A JEJICH INTERPRETACE	126
3. 6 ETICKÉ PROBLÉMY VÝZKUMU	128
3. 7 DISKUSE	129
 <u>ZÁVĚR.....</u>	<u>133</u>
 <u>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ODBORNÝCH PRAMENŮ</u>	<u>135</u>
 <u>PŘÍLOHY</u>	<u>148</u>
 PŘÍLOHA 1. PŘEHLED ZÁKLADNÍCH POJMŮ PBSP	148
PŘÍLOHA 2. INFORMOVANÝ SOUHLAS I.....	153
PŘÍLOHA 3. INFORMOVANÝ SOUHLAS II	154
PŘÍLOHA 4. INFORMOVANÝ SOUHLAS III.....	155

ÚVOD

„Ted' a tady“ je okamžik našeho bytí, který je ve skutečnosti ovlivňován naší minulou zkušeností. Tato myšlenka se stala jednou ze základních pilířů PBSP a později se začlenila do komplexního teoretického systému dané metody. Bylo zřejmé, že na mnohé klienty i v dospělém věku působily zážitky zanedbávání či traumatizující zkušenosti z dětství. Pessoa Boyden psychomotorická terapie pomáhá klientům léčit jejich dávná emocionální zranění na základě svědectví tělově emocionálních pocitů a impulsů, které přivádí do vědomí, pomocí nich ztvárňuje problematickou historii a vytváří nové, doplňkové vzpomínky, které jsou pozitivní, obohacující a léčivé. Pro klienty to znamená možnost prožívat šťastnější, zdravější, produktivnější a nadějnější život.

V této podobě je Pessoa Boyden psychomotorická terapie nejčastěji představována laickému i odbornému světu. Nezaopatřeno, neinformovaného člověka mohou napadat otázky, které by konkrétněji odpovídaly na následující oblasti: „Jak PBSP probíhá v praxi? Jaké všechny postupy a prvky lze pod výše uvedený popis zahrnout? Na jakých teoretických základech PBSP stojí? Pro koho je daný terapeutický směr vhodný a jak je efektivní?“

Zakladatelé PBSP systému, A. Pessoa a D. Boyden, přinášejí osobitá řešení některých psychoterapeutických otázek a témat, stejně jako psychologických vývojových fenoménů. Cílem diplomové práce je Pessoa Boyden psychomotorickou terapii představit a prozkoumat v poli jejích realitních možností, porozumět jí z více úhlů pohledů, především ze směru psychologického, který může napomoci objektivizovat metodu a porozumět jejímu bezpečnému způsobu práce. Záměr práce je ilustrován prostřednictvím zvýšené pozornosti k traumatickému zranění, které autoři pojímají jako jedno z běžných životních zkušeností, pokud vývoj jedince neprobíhá optimálním způsobem.

A právě tento primárně nepatologický pohled mne zaujal a vnímám jako užitečné jej více postihnout skrz obecné vidění vývoje člověka a terapeutických možností PBSP metody. Traumatizovaní jedinci jsou často stigmatizováni situací, která se jim přihodila, a domnívám se, že normalizace tohoto zážitku jim může napomoci k návratu z izolace do mezilidských vztahů. K mé touze podívat se na fenomén traumatu jako na normální lidskou zkušenost mne přivedly jak zážitky z mé osobní historie, tak mnoholetý kontakt s traumatizovanými lidmi v odborné praxi. Oba tyto impulzy mne směřovaly k hlubšímu zájmu o získávání poznatků z oblasti krizové intervence, ale i k rozmanitým způsobům léčby vývojových i šokových traumatických zážitků.

Česká republika není v současnosti informačně nasycená daným tématem, neboť existuje pouze několik málo zdrojů zabývajících se danou oblastí. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla oslovit české, německé, švýcarské, holandské, belgické a americké PBSP odborníky za účelem získání veřejných i interních vzdělávacích materiálů. S využitím zahraniční mezivýpůjční služby, informačních databází (EBSCO host, PubMed či ProQuest) a na podkladě účasti na odborných přednáškách jsem získala dostatečné množství údajů a poznatků využitelných pro zpracování dané práce.

Protože je PBSP neustále živou, vyvíjející se metodou a nové myšlenky a teoretické úvahy nejsou zcela zachyceny v písemné podobě, při psaní využívám též ústní sdělení A. Pessa. Dalšími ústně citovanými autory jsou ze stejného důvodu Y. Lucká, P. Pöthe či D. Boadella. Až na posledního zmíněného autora prošly veškeré texty autorizací a dostaly povolení ke zveřejnění. S D. Boadellou se mi nepodařilo za tímto účelem zkontaktovat.

A. Pessa a D. Boyden, původní profesí tanečníci a choreografové, za 50 let vývoje metody Pessa Boyden psychomotorické terapie procházejí cestou od umění k vědě. Jejich umělecké nastavení můžeme stále pociťovat v laskavém a lidském jazyce, kterým psychomotorickou terapii předkládají laické i odborné veřejnosti. Z respektu k oběma autorům jsem se rozhodla tento jejich subjektivní jazykový styl začlenit do mé diplomové práce a doplnit jej v rámci psychologické interpretace jejich teorie i praxe odborným, v psychologii užívaným jazykem.

Právě psychologická charakteristika teorie i praxe Pessa Boyden psychomotorického terapeutického systému, kde se ve velké míře potkává jazyk odborný s osobitým PBSP slovníkem, tvoří první kapitolu mé diplomové práce. Pro snazší orientaci v nových pojmech jsem využila možnost sestavit slovník PBSP pojmů, který lze nalézt v přílohové části této práce (příloha č. 1) a který blíže specifikuje PBSP metodou používané termíny jako je antidotum, postava svědka, hlasy, microtracking, bookmark či placeholder.

V druhé kapitole, která se zabývá traumatem a jeho historií, genezí, členěním, symptomatologickým obrazem a především rozmanitými formami léčby traumatického zranění, nalezneme též informace týkající se fenoménu posttraumatického růstu stejně jako posttraumatické stresové poruchy. V této souvislosti používáme v textu zkratku PTSD (posttraumatic stress disorder) s vědomím, že se jedná o anglickou zkráceninu posttraumatické stresové poruchy, které čeští autoři jako je např. C. Höschl, J. Praško, M. Preiss či D. Vizinová dávají přednost před českým výrazem PTSP.

Kapitoly o traumatu a Pessa Boyden psychomotorické terapii se myšlenkově propojují ve fiktivní kazuistice, která je doplněna četnými interpretacemi a odborným komentářem. I přesto, že se nejedná o reálný přepis terapeutického procesu s traumatizovanou klientkou, může nám daná kazuistika poodkrývat běžnému člověku utajený svět psychoterapeutické reality. Může nám však též posloužit jako ukázka transkribovaného materiálu videonahrávek, které budou analyzovány v rámci výzkumu a které díky etickým závazkům nebudou moci být prezentovány v diplomové práci.

V praktické části se pokusíme podrobně zmapovat dosud nepopsaný proces Pessa Boyden psychomotorické terapie z hlediska časových a obsahových charakteristik určitých jevů. Naším zájmem je též zachytit subjektivní zkušenosti klientů s vybranými fenomény z PBSP teorie. Očekáváme, že výsledky výzkumu nám na konkrétnější úrovni přiblíží, jak se teorie PBSP odráží na aplikační rovině a jak klienti tento proces prožívají v jednotě či rozdílnosti s objevenými charakteristikami PBSP procesu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Seznámení s Pesso Boyden psychomotorickou terapií

Touha porozumět sobě a světu, ve kterém žijeme, se vyskytuje od nejstarších dob existence člověka. Hledání odpovědí na mnohé otázky je podstatou a hnací silou všech oblastí lidského poznání. Objevování nových souvislostí a poznatků se děje cestou racionální, citovou či mystickou a tyto cesty se mnohdy doplňují a kombinují.

Minulé století přineslo množství nových impulzů pro rozvoj dosavadního poznání i v oblasti psychoterapie. Psychoterapie se vyprofilovala jako samostatná vědní disciplína, která čerpá poznatky z psychologie, medicíny, sociologie stejně jako nalézá mnoho poučení a inspirace ve filozofii, etice či náboženství (Vymětal, 2003). Pohled na jednotlivce jako bio-psycho-sociálně duchovní bytosti se rozšiřuje i na psychoterapeutickou práci se skupinami či rodinami jako samostatným, jedinečným systémem.

V posledních třiceti letech byl zaznamenán rozvoj a vznik nových psychoterapeutických škol, které se blíží v současnosti počtu 400, jak uvádí J. O. Prochaska a J. C. Norcross (Prochaska, Norcross, 2001). Pluralitu směrů shledáváme v technikách, jež rozdílně užívají vztahových a komunikačních prostředků a zapojení těla do psychoterapeutického procesu. Odlišnosti se vyskytují i v jejich indikačních a kontraindikačních rámcích a především v hodnotových a světonázorových myšlenkách, o které se různé psychoterapeutické směry opírají. Společným prvkem různých forem psychoterapií je zaměření na léčbu klienta v podobě terapeutické změny. O terapeutické změně hovoří J. Zeig, který psychoterapii vymezuje jako proces, jehož cílem je pomoci posílit klienta, aby klient mohl dosáhnout předsevzaté změny, pro niž neměl doposud potřebné prostředky (Zeig, 2005).

Při užším konkretizování společných faktorů jednotlivých psychoterapií dochází k diferenciaci názorů, ale i tématickému překryvu, jak je zřejmé např. u S. Rosenzweiga (Rosenzweig, 1936), C. R. Rogerse (Rogers, 2000), L. M. Grencavage a J. C. Prochasky (Grencavage, Norcross, 1990). Autoři se shodují nejčastěji na klientově pozitivním očekávání, podpoře, interpretaci, získávání vhledu, změně chování v průběhu terapie či na určitých charakteristikách terapeuta (Prochaska, Norcross, 2001).

Nabízí se nám zdánlivě jednoduchá otázka, čím psychoterapie je a čím naopak není? Jaké prostředky a formy používá a které z nich působí nejefektivněji v rámci psychoterapeutického procesu? Podle J. Vymětala: „Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem“ (Vymětal, 2007, str. 20).

I přes nejednotnost v oblasti definování psychoterapie se psychoterapeutické školy shodují na společném cíli, jímž je zdraví pacienta. Cílem psychoterapie může být celková osobnostní změna, jejímž vedlejším důsledkem je vymizení nežádoucích symptomů, nebo „pouhé“ odstranění chorobných příznaků psychických či somatických. První cíl si klade z nejnámějších zástupců

psychoterapeutického světa např. hlubinná a dynamicky orientovaná psychoterapie, druhý cíl přístup behaviorální (Kratochvíl, 1997, Prochaska, Norcross, 2001, Vymětal, 2007).

Pro bližší určení psychoterapie jako empirické, aplikované, interdisciplinární vědy jsme z nepřeberného množství definic zvolili definici J. C. Norcross, která neporušuje integritu pojetí jakéhokoli psychoterapeutického přístupu a je relativně neutrální z hlediska teorie, metody a rámce. „Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí (Prochaska, Norcross, 2001, str. 16).

Bohatá různorodost psychoterapeutických přístupů a systémů se stává spojujícím prvkem, který v nejobecnějším základu představuje psychoterapii jako jednu z výše jmenovaných cest, jak člověk může porozumět sobě a vztahům s okolním světem, jak je schopen se přizpůsobit a být „tady a teď“ ve stále se měnícím prostředí.

Podobně jako v psychoterapeutickém procesu, kdy jedinec získává náhled na své chování a prožívání, pátrá po porozumění v interakci s okolním světem a nové poznatky následně integruje, lze na stejné symbolické rovině pojímat i pole psychoterapie. Jednotlivé psychoterapeutické směry se střídavě podrobují metateoretickým úvahám, propojují se s ostatními psychoterapeutickými, ale i jinými vědeckými rámci a navrací se zpět k vlastním kořenům a východiskům. A právě na této rovině uvažování se budeme ve více či méně strukturované podobě pohybovat v kapitole nazvané Možnosti a meze Pesso Boyden psychomotorické terapie při práci s traumatizovanými klienty.

Pro rozsáhlost počtu starých i nově vzniklých terapeutických systémů se zaměříme na jeden z nejnovějších přístupů orientovaných na tělo: Pesso Boyden Psychomotor Therapy, zjednodušeně nazýván PBSP, Psychomotorická terapie či Pesso terapie (dané názvy užíváme v této práci jako synonyma). Směr našeho pohledu na daný přístup je předkládán ve spojitosti s terapeutickou prací s klienty, kteří mají traumatickou zkušenost v jejich osobní historii. Pesso Boyden psychomotorická terapie se zrodila z důkladného pozorování tanečního projevu, z hlubokého porozumění výrazu lidského prožívání v subtilních projevech těla, z úvah a vlastní zkušenosti zakladatelů PBSP, tanečního, choreografického a životního páru A. Pessa a D. Boyden (Pesso, 1997a, Pesso, 1997b).

Jestliže budeme přistupovat k psychoterapii jako k vědě a umění, ve svých počátcích se psychomotorická terapie blížila více světu uměleckému. Avšak zájem o zkoumání vzájemného intenzivního propojení pohybové aktivity s prožíváním dovedla tyto profesionální tanečnice ke studiu terapeutických účinků těchto pohybů. Z tohoto zkušenostního základu vyvěrá teoretické zázemí a praktické psychoterapeutické postupy, které vrcholí ve stále se rozvíjející terapeutické metodě založené na znalosti psychologického a tělesného vývoje člověka. Historie daného směru se píše téměř z 50leté perspektivy, neboť právě rok 1961 se stal významným pro její vznik. A. Pesso a D. Boyden začali využívat taneční techniky pro terapeutické účely při léčbě psychiatrických pacientů v Mc Leanově nemocnici v Belmontu, ve Vládní nemocnici pro veterány v Bostonu a na oddělení

pro pacienty s bolestmi v rehabilitačním centru v Nové Anglii (Fischer-Bartelmann, 2010a). Zakladatele vedly jejich první zkušenosti s prací s pacienty neočekávanými cestami do oblasti psychoterapie a osobního růstu.

Autoři tvořivou syntézou sdružují psychoanalytické, na rodinu orientované principy a přístup zaměřený na klienta (PCA-C. Rogers). Ve své teorii představují myšlenku, co znamená být člověkem v rovině biologické, psychologické, sociologické, filozofické a spirituální. Avšak základním a zároveň zastřešujícím principem psychomotorické terapie se stala práce s tělem a tělovým prožíváním (Lowen, 2009, Moos, 2009, Pesso, 1997a, Pesso, 1997b).

Přestože PBSP nevychází přímo z tradice např. W. Reicha nebo A. Löwena, implicitně obsahuje jejich základní předpoklady, že život člověka je životem jeho těla a živé tělo je svébytným a jedinečným energetickým systémem. A. Pesso sdílí s W. Reichem také přesvědčení, že jedinec je schopen se psychicky a citově uzdravit, když věří v sebeúzdavný proces a když žije s vědomou účastí naší přirozené podstaty (Lowen, 2009, Pesso, 1997a, Pesso, 1997b, Reich, 1993).

V neposlední řadě bychom nechtěli opomenout vývoj termínu Pesso Boyden psychomotorická terapie, který okrajově dokresluje důležité body z vývoje této metody. V evropském chápání pojmu „psychomotorický“ se obecně odkazuje na různé tělově orientované metody (od masáží, přes bodyterapeutické přístupy až po různorodé druhy bojových umění), na rozdíl od komplexnějšího významu v PBSP terapii. Anglický výraz „psychomotor“ se skládá ze dvou částí „psycho“ a „motor“. „Psycho“ zahrnuje veškeré dění týkající se psychiky a „motor“ se týká tělesných vjemů a pohybů, tedy pohybových akcí včetně začínající či blokované akce (Howe, 1991). A. Pesso a D. Boyden kladou důraz na toto pojmenování, neboť odráží dobře propojený systém psychoterapie, nikoli pouze soubor technik.

Ačkoli byl pojem „psychomotorický“ explicitně daný od počátku vzniku terapie, původní název terapeutického směru nesl pouze jméno A. Pessa. V roce 1992 na 1. kongresu Pesso terapie v Amsterdamu byl přejmenován na Pesso Boyden psychomotorickou terapii z důvodu respektu k oběma jejím zakladatelům. A. Pesso na své přednášce „Síť vztahů v rodině, její historie a základní vývojové potřeby“ v Praze k tomuto tématu řekl: „Mnoho práce vzešlo od mé ženy a já jsem se toho ujal. Diane si neužívá vyučování tak jako já. Cestuji po světě a lidé mne považují za zakladatele, je to problém. Nosím po světě dítě mojí ženy. Bez ní by se nikdy nezrodilo“ (Pesso, 2008). V tomto kontextu je vhodné zmínit skutečnost, že pokud se v naší práci vyskytuje samostatně stojící jméno A. Pessa, jeho jméno reprezentuje poznatky daného směru tvořené oběma zakladateli, nikoli jeho autorské myšlenky bez přispění úvah D. Boyden.

Mnohé tématické okruhy Pesso Boyden psychomotorické terapie i jednotlivé kroky průběhu psychoterapeutického procesu jsou stále propracovávány, prohlubovány a propojovány s poznatky z ostatních psychologických, psychoterapeutických, neurobiologických a vývojových teorií či perinatálních studií. Mezi jedno z nejdetailněji rozvinutých témat nepatří pouze oblast ontogeneze člověka a její pohled na vývojové potřeby, mezery v rolích a traumatické zážitky, ale také způsob,

jak s nimi zacházet v psychoterapeutické práci, a právě úzký zájem PBSP o traumatickou zkušenost jedinců a jejich péči se nám stal jednou z klíčových inspirací, proč bychom rádi věnovali pozornost danému tématu a blíže jej prozkoumali.

Pluralita psychoterapeutických přístupů nabízí na jedné straně klientům možnost volby optimálního způsobu práce, ale zároveň v ní mohou být ukryty obtíže s výběrem nejvhodnějšího psychoterapeutického přístupu pro zlepšení jejich dosavadního stavu (Feiss, 1979, Kratochvíl, 1997).

Záměrem této práce je poskytnout psychologický pohled na rozvíjející se psychoterapeutický směr a blíže prozkoumat psychologické charakteristiky terapeutického procesu PBSP při práci s klienty, kteří mají zážitek traumatické události. Přesahujícím momentem je následné šíření nových informací přednáškovou, příp. publikační činností. Rozšiřováním poznatků a úvah z oblasti PBSP můžeme přispět ke zvyšování informovanosti o další z tělově orientovaných terapeutických příležitostí české odborné i laické veřejnosti a tím pomoci usnadnit vhodný výběr psychoterapie pro traumatizované klienty, stejně jako poskytnout nové obzory psychoterapeutům při práci s lidmi s traumatickou zkušeností. „Rozšířením obzorů psychoterapeutů“ lze rozumět vlastní nasměrování a inspiraci pro studium a práci s psychomotorickou terapií, stejně jako samotné povědomí o daném psychoterapeutickém přístupu a jeho využití pro své klienty prostřednictvím práce PBSP kolegů.

Na daný psychoterapeutický směr chceme nahlížet jak okem kritickým, tak neopomíjet specifické přínosy PBSP. Nepřicházíme s nabídkou PBSP jako jediného vhodného směru pro traumatizované klienty, ale snažíme se jej blíže představit jako jednu z možných cest pro naplňování cílů klientů v rámci psychoterapie.

1. 1 Původ a vývoj Pesso Boyden psychomotorické terapie a její místo ve světě psychoterapie

Ve světě psychoterapie je obecně známé, S. Freudem formulované, vývojové dogma, kterým se inspiroval J. Siřínek ve svém Pojednání o nepokrevních příbuzenských vztazích mezi psychoterapiemi: „To, jací jsme nyní, jak prožíváme a jak se světu přizpůsobujeme dnes, je zásadně a bezprostředně ovlivněno tím, jaký svět nás obklopoval původně a jak jsme byli nuceni přizpůsobit se mu tehdy, kdysi, velmi dávno“ (Siřínek, 2008, s.21).

Psychomotorická terapie vychází ze stejného předpokladu jako psychodynamická teorie, která vyzdvihuje vliv raných zkušeností na porozumění a prožívání současných událostí. Popisují naši přítomnost jako akt paměti, tedy neustále zpřítomňovanou osobní historii. „Zkušenosti v současnosti jsou vždy vidět skrze "objektiv" vzpomínek na minulost; vzpomínky na minulost přímo ovlivňují a mění dnešní akci a interakci; očekávání týkající se budoucnosti jsou z velké části založeny na předpokladech, založené na zkušenostech v minulosti“ (Pesso, 1997a, str. 118).

Přestože byl tento fakt již známý před sto lety, v 60. letech minulého století k němu přivedla A. Pessa a D. Boyden jejich osobní zkušenost a vlastní touha být dobrými tanečními pedagogy a choreografy. V tu dobu možná ani jeden z nich netušil, že jejich důkladné a citlivé pozorování těla

v pohybu, touha objevovat vztah mezi pohybovým výrazem a emocemi a snaha naučit své žáky vyjadřovat skrz tělo své vize, nápady a myšlenky divákům, je povede cestou od tance k vytvoření vlastní svébytné, na tělo orientované psychoterapie.

Veškeré tyto skutečnosti směřovaly A. Pessa a D. Boyden k rozvoji cvičení, která jejich studentům napomáhala zdokonalovat techniku, tvořivost, individualitu, vlastní taneční projev, stejně jako podporovat autentičnost výrazu a schopnost být více uvolněný při otevřeném vyjadřování sebe samých (Pesso, 1997b). Cvičení vyvolávala dobrou citlivost k určování emočních stavů od výrazu obličeje, gest, držení těla až k pohybům a podněcovala schopnost rozlišovat nerovnosti verbálních výpovědí a neverbálního vyjadřování (Crandell, Pesso, 1991, Fischer-Bartelmann, 2010a). Rozvíjející se systém formulací a postupů umožňoval experimentovat s různými způsoby, jak usnadnit vyjadřování pocitů skrz tělesné činnosti a interakce s druhými. Pomáhal je rozpracovat v psychomotorické, terapeutické postupy, jak na bázi elementární pocitové reaktivity klienta a hluboké znalosti vývojových principů terapeuta modelovat terapeutickou scénu optimálním způsobem (Pesso, 2009b).

V rámci tohoto učení autoři objevili tři základní motorické systémy: reflexní systém umožňující se udržet v rovnovážné poloze, systém pohybů ovládaných vůlí, tzv. volní systém, a systém emoční, v němž emoční naladění každého z nás přechází v akci. Právě prvotní zkoumání emočního pohybu je dovedlo k myšlenkám zkušenostního pozadí našich současných prožitků, které jsou neurologické podstaty. Podle A. Pessa se člověk nemůže nechovat historicky, je jen třeba tohoto momentu využít a nabídnout historické zážitkové úrovni novou symbolickou zkušenost (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Pesso, 1997a).

Nová symbolická zkušenost se rozvíjí na základě nového léčebného, interaktivního pole. Autoři vyzdvihli tento fenomén, který je určující pro směr vývoje osobnosti jedince. Interakce byly prvně prozkoumávány v tanečním prostředí, kdy autoři PBSP poskytovali studentům možnost vyjádřit své pocity prostřednictvím tance a očekávali, že jejich žáci dosáhnou oslabení napětí a lepšího výkonu při tanci. Zatím se skrýval předpoklad, že emoce mohou taneční projev ovlivňovat, brzdit či narušovat (Fischer-Bartelmann, Roth-Bild, 2010). Zajímavým zjištěním byla skutečnost, že vyjádřením pocitů hněvu ztráceli studenti energii a samotná exprese emocí nebyla dostačující. Dle D. Boyden tento hněv nenašel odpovídající reakci u osoby, vůči níž byl směřován (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Crandell, Pesso, 1991). Autoři začali rozvíjet první léčebné interakce, kde hledali na aktuálně vzniklé emoce adekvátní odpovědi.

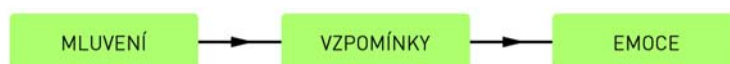
Základní myšlenkou bylo vyjádřit emoce z konkrétní situace (vylekané dítě pláče schované), které by měly mít explicitně protějšek (ochranné objetí pečovatele). Výsledným efektem byla příjemná zkušenost člověka, který na svůj hněv mohl dostat odpovídající interakci, jež úzce souvisela s jeho osobní historií (pečovatel přichází a objímá a ochraňuje vystrašené dítě). Zdálo se, že tělo má vrozenou znalost správné odpovědi na vlastní pohyb. Za každým pohybem (schoulení se), s každou přicházející emocí (strach) se objevuje tvar, který čeká na adekvátní odpověď, tzv. protitvar

(ochranné objetí) (Crandell, Pesso, 1991, Fischer-Bartelmann, Pesso, 2009b). Pokud nepřichází, je to frustrující. Za původní snahou autorů PBSP nabídnout svým žákům lepší kontakt s jejich vlastním tělem se objevila skutečnost, jak se žáci dostali do kontaktu se svou osobní historií, svými uzamčenými emocemi a potřebami (Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009). To, co se dělo uvnitř, se začalo pomalu projevovat navenek v adekvátní interakci. Zavedení interakce přineslo průlom do dalšího vývoje rodící se PBSP terapie.

Zaujetí, s jakým začali autoři PBSP zkoumat propojenost „těla“ a „duše“, nebylo ojedinělé ani nové. Lidské tělo bylo již v minulosti předmětem zájmu vědy a bylo nejčastěji zkoumáno z hlediska zdraví člověka v rámci lékařských věd. Otázka propojenosti těla a mysli se stala základní pro vznik jednotlivých bodytherapeutických směrů i psychosomatiky. Prameny a myšlenky, z nichž čerpaly a postupně se rozvinuly jednotlivé směry bodyterapie, nalezneme v embryologii, klinické neuropsychologii, gestalt psychologii, hlubinných analytických směrech, ale i čínské medicíně, fyzice a mnoha dalších koncepcích.

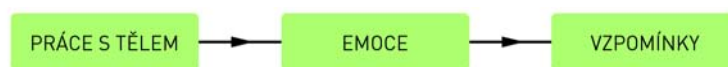
V poslední čtvrtině 19. století, o deset let dříve než S. Freud rozvinul psychoanalýzu, P. Janet v Paříži zjistil mnoho ze základů psycho-fyzického přístupu ve vztahu k emocím, svalovému napětí, dechu a vegetativnímu nervovému systému. Inspiraci pro zkoumání emoční oblasti jedince získal u svých učitelů, S. Freuda a Janetova žáka P. Schildera (Janet cit. podle van der Kolk, van der Hart, 1989). W. Reich navazoval na ranou práci S. Freuda, který se zaměřoval na ekonomii energie neurózy a tělově emoční oblast (Reich, 1903). Již v roce 1923 S. Freud napsal, že ego je „především tělesným egem“ (Freud, 1960, str. 17). Předložil názor, že prožitek ega se vyvíjí jako prožitek těla a nedostatek určitých tělesných vjemů omezuje vývoj ega. Z tohoto základu vychází také PBSP a zaměřuje se na formování a vývoj osobnosti člověka v prostředí, ve kterém jedinec nezažil určité tělesné zkušenosti v daném čase a potřebném množství a kvalitě. L. Perquin poukazuje na studie M. S. Mahlerové a D. Sterna, ve kterých autoři představují separačně-individuační vývojovou fázi jako jeden ze zdrojů formování identity jedince odehrávající se v průběhu tělesných pohybů (Mahlerová, Pine, Bergmanová, 2006, Perquin, 1997, Vágnerová, 2005). „Pokud má člověk deficit v důsledku neadekvátních tělesných zkušeností formujících ego, analýza a náhled nebudou pro navození změny postačovat“ (Smith, 2007, s.16). PBSP obohacuje terapeutickou práci o klientovu příležitost prožít dostatečné množství adekvátních tělových zážitků. Růst a vývoj ega není podněcován pouhým analyzováním, ale přichází skrze učení prožitkem v interakci s druhými lidmi či zástupnými předměty.

Tento pohled nabízí otázku, jakým způsobem se věnují tělu různé psychoterapeutické přístupy. Je zřejmé, že cíle psychoterapeutických směrů jsou stejné, ale způsob intervencí odlišný. V tradičních psychoterapiích se snažíme vyjádřit zkušenosti verbálně, a to dokonce i ty, jež jsou čistě smyslové a tělesné.



Obr. 1 Pořadí psychoterapeutických intervencí ve verbálních terapiích.

Terapeutický proces směřuje od mluveného slova přes vzpomínku k emocím, kdežto somatické psychoterapie se dívají na člověka jako na řetězec energie-pohyb-emoce-myšlení.



Obr. 2 Pořadí psychotherapeutických intervencí v tělově orientovaných terapiích.

V bodyterapiích vede cesta primárně přes tělo, emoce ke vzpomínkám. Na tělo zaměřené psychotherapeutické přístupy (body-oriented psychotherapy) nabízejí možnost vyhnout se složité oklice zpracování signálů v kůře mozkové a zapojit přímo starší mozková centra (Andrlová, 2005). Potlačené emoce se objeví díky intervenci na tělesné úrovni dříve než odpovídající vzpomínka. Tento princip je využíván v terapii, kdy zaměřením na změnu pohybového vzorce je způsobena změna klientova prožívání (Lowen, 2009, Smith, 2007).

Existují četné příklady z psychotherapie či vývojové psychologie o významu tělové zkušenosti pro vývoj osobnosti jedince a způsobu, jak je s touto zkušeností následně zacházeno v rámci psychotherapie verbální či tělově orientované. Hlavní výtkou verbálně orientovaných psychotherapií je úvaha o nedostatečné znalosti účinků doteků, které se při neadekvátním užití mohou stát až nebezpečné pro klienta. Druhá strana psychotherapeutického pólu, stoupenci bodytherapie, reaguje pochybami o komplexnosti péče poskytované tradičním způsobem. Podle M. Scarff si tělo pamatuje a kupodivu tento fakt, že naše vzpomínky jsou fyzicky i duševně v nás, všeobecně uznává i biologická oblast. Jen tím, kdo toto poznání často přehlíží, jsou praktici verbálně zaměřené psychotherapie (Scarff, 2005). A. Pessoa se k tomuto sporu staví následovně: „Oheň může ničit i pomáhat. Oheň akce a dotyku může uškodit, stejně jako pomoci.“ Je nezbytné využívat akci a doteky stejně uvážene, jako se volí slova ve verbální terapii (Pessoa, 1997a).

S postupujícím časem je v psychotherapeutické péči pozorovatelný trend slučovat různé přístupy v integrativní rámci (Prochaska, Norcross, 2001). Tato skutečností čím dál více umožňuje zahrnout práci s tělem do různých psychotherapeutických škol. Naše práce si neklade za cíl podrobné zmapování historie těla v kontextu psychotherapie. Snaží se pouze přiblížit, jak PBSP systém vznikl jako odraz živé a neobvyklé zkušenosti tanečníků, kteří dokázali svoje poznatky a zkušenosti analyzovat, srovnávat průběžně s dalšími směry a psychologickými školami, postupně z objevených zákonitostí syntetizovat metodu a nakonec ucelený terapeutický systém. Vytvořili citlivý nástroj pro dosažení „emocionálního růstu“, jak nazývá D. Boyden terapeutickou změnu. V průběhu velmi strukturované terapeutické práce na symbolické, emocionální úrovni jsou vytvářeny podmínky pro řešení individuálních konfliktů z minulosti (Howe, 1991). Systém nabízí specifický způsob zacházení s ranými zážitky, které zásadně ovlivňují pozdější chování jedince, v podobě symbolické, emočně korektivní zkušenosti (Fischer-Bartelmann, 2010a, Boyden, Pessoa, Vrtbovská, 2009).

1. 2 Teoretický rámec PBSP : pohled na vybrané psychologické otázky PBSP

V psychologii se jeví otázky spojené s poznáním jednoty a variability v prožívání a chování jedince jako nezbytné a jsou neopomenutelným stavebním kamenem všech úvah pro psychotherapeutickou práci. Pokud se chceme zabývat psychologickým zdůvodněním aplikace PBSP při práci s traumatizovanými jedinci, musíme jako první proniknout do poznatků, jak tento systém vymezuje teoretický rámec osobnosti a kontext, v němž se osobnost vyvíjí a realizuje.

1. 2. 1 Seznámení s vybranými obecně psychologickými tématy PBSP teorie

Pro porozumění vývoji osobnosti jedince a způsobu, jakým se uskutečňuje genetická výbava vedoucí člověka k vlastnímu autonomnímu životu, je nutné neopomenout psychologické fenomény a principy, bez kterých se vývojový proces neobejde. Obecné zákonitosti fungování lidské psychiky a její jednotlivé části zkoumá obecná psychologie a snaží se je popsat a vysvětlit v kontextu celého systému.

PBSP terapie jako aplikovaná disciplína primárně neusiluje o výklad psychiky člověka, přesto však přispívá vlastním pohledem na danou problematiku. Snaží se porozumět, jakým způsobem zachází teorie PBSP s některými psychologickými otázkami: jaký význam kladou autoři paměťové funkci, vědomí, jak definují pojmy jako duše, ego, Já, jaké složky obsahuje psychomotorický systém, či co je ústřední hnací silou v životě člověka.

Před vymezením výše zmíněných oblastí chceme zdůraznit limity PBSP terapie, která není filozofickou školou s dokonale teoreticky propracovaným rámcem a detailní terminologií. A. Pesso naplňuje psychologické pojmy vlastním obsahem odrážející jeho „praktickou terapeutickou moudrost.“ Některé z nich užívá ve spojitosti s jejich metaforickým významem, jenž není vědecky podložený, a na druhé straně začleňuje do své teorie pojmy, které jsou v moderní psychologické literatuře již mnohokrát popsány. Terminologicky se PBSP terapie blíží psychoanalýze a humanistické psychologii, avšak zahrnuje navíc vlastní pojmový aparát.

V následující části přinášíme syntézu užívaných pojmů z těchto oblastí. Specifické pojmosloví v teorii PBSP (pozn. „specifické“ je užito ve smyslu speciálního názvu či obsahu pojmu) charakterizujeme pomocí obecně užívaného psychologického jazyka, abychom tím teorii psychomotorické terapie co nejvíce přiblížili odbornému světu psychologie.

BIOLOGICKÁ A SOCIÁLNÍ DETERMINACE

Již při pohledu na zjednodušený model obecných mechanismů realizace duševního vývoje je patrné, o jak komplikovaný proces se jedná. Odpovědi na otázku determinace psychického vývoje se pohybují na ose mezi teoriemi předpokládajícími nekonečnou schopnost člověka utvářet se vlastním učením (empirismus) a teoriemi vyzdvihujícími vrozenost základních tendencí jedince (nativismus).

Zakladatelé PBSP čerpají myšlenky např. od A. H. Maslowa (Maslow, 1987) či C. R. Rogerse (Rogers, 1998), představitelů racionalistického determinismu, a shodují se s jejich pohledem

na jedince, který se neustále rozvíjí za příhodných podmínek a ve své podstatě se rodí dobrý. Inspiraci nachází též mezi iracionalistickými teoriemi, kde má významnou pozici S. Freud či CH. Darwin (Darwin, 2001) se svojí evoluční teorií. Důrazem na význam zkušeností a interakcí však překonávají krajní pól nativismu a řadí se mezi interakční teorie (dialektické, syntetické), podle nichž vývoj probíhá konvergencí vrozeného s činiteli prostředí. V tomto smyslu interakce matky s dítětem je prvním, výrazným setkáním dědičnosti s prostředím, nebudeme-li brát v úvahu prenatální vývoj jedince (Langmeier, Krejčířová, 1998, Pessa, Boyden, Vrtbovská, 2009).

Interakční modely ukazují na význam získávání prvních zkušeností dítěte v rámci rodinné výchovy, jež mohou určité vklady rozvíjet či potlačovat. Za hlavní interaktivní nositele raných sociálně emočních zkušeností, které formují rozvoj genetického vkladu, jsou považováni prvotní pečovatelé, nejčastěji matka (Kulisek, 2000). Ke stejnému závěru v oblasti dětské psychologie v teorii attachmentu dospěl již J. Bowlby (Bowlby, 1997) a M. D. S. Ainsworthová (Bowlby, Ainsworth, 1965), ale i S. Freud (Freud, 1991) či E. H. Erikson (Erikson, 2002). Společným momentem teorie attachmentu a PBSP teorie je otázka důsledků v psychice a zdravém sociálním a emočním vývoji v případě absence jistého trvalého vztahu s pečující osobou.

V následující části bude pozornost přenesena na zkoumání konkrétních mechanismů, jak probíhá rozvoj jedince dle PBSP. Základní myšlenka PBSP zní: „Zdravé jádro, se kterým se rodíme, v nás zůstává, i když vnější podmínky nebyly pro náš vývoj příznivé (Lucká, Koblíček, 2003a, str. 30). Existenci těchto hojivých přístupů lze získat svoji vnitřní rovnováhu. Tato myšlenka pramení z optimistického obrazu lidského bytí a je společná růstovým nativistickým teoriím. Z pohledu A. Pessa a D. Boyden „být naživu“ má aspekt biologický, psychologický, sociální a duchovní a je odrazem vrozeného implicitního programu našich očekávání, tedy toho, co by se mělo během našeho biologického a psychického vývoje odehrávat v kontaktu s druhými osobami (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009). Tato očekávání v podobě ideálních vnitřních obrazů obsahují představu, jak má náš optimální vývoj vypadat a co je nutné ve světě najít. Nerodíme se do tohoto světa jako tabula rasa, jak předpokládal J. Locke, ale s informacemi uloženými v genech (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Pessa, 1997a).

V klasické psychologické terminologii je pojmu „vrozená očekávání“ z PBSP slovníku nejbližší pojem z humánní psychologie „předprogramované chování“ či „instinktivní chování, jak jej pojímá V. Vondráček. Podle něj tento pojem „zahrnuje povědomí o nějaké věci, emoční vztah k ní a snažení směrem k ní nebo od ní“ (Vondráček, 1983, str. 19). Dalším, PBSP teorii blízkým pojetím instinktivní determinace lidského chování, je pohled M. Nakonečného. „Instinktivní chování je puzení k cíli, který není dán v představách, ale je inherentní tomuto chování, jeho účel je zafixován v paměti druhu“ (Nakonečný, 1998, str. 129).

Instinktivní lidské chování nemá podobu převážně stereotypní a automatické odezvy na určité vnější či vnitřní podněty, ale je značně flexibilní. Z důvodu stále se měnícího životního prostředí jsou vrozené automatismy zakódovány jako „hrubý plán činnosti,“ který zajišťuje přizpůsobení

se základním podmínkám života, resp. uspokojování základních životních potřeb. Během této interakce vrozeného s vnějšími podmínkami je jedinec v rámci sociálního dění v roli tvořivého činitele, nikoli v roli mechanicky reagující loutky (Nakonečný, 1998, Piaget, 2001).

Pojetí dítěte jako aktivního činitele procesu vývoje je hlavním přínosem interakční teorie L. S. Vygotského (Vygotskij, 2004). Ve 20. letech si za základ své teorie kognitivního vývoje bere J. Piaget taktéž aktivitu dítěte, která se odráží v interakci motorické aktivity a vnímaných jevů prostředí (Piaget, 2001). Pomocí vlastní aktivní činnosti si dítě utváří mentální reprezentace dějů, tzv. schémata. Schémata slouží jako prostředek organizace zkušenosti a jsou nejprve jednoduchá a nediferencovaná. Pomocí postupného zrání senzomotoriky se diferencují a umožňují uchopení stále složitějších jevů v jejich komplikované spojitosti a rozdílnosti pomocí akomodace a asimilace (Nakonečný, 1997a, Piaget, 2001).

Mezi vrozené instinktivní chování patří např. chování potravní, orientační, obranné apod., na jehož základě je zajišťováno fyzické přežití jedince, ale i druhu. Za vrozený instinktivní mechanismus pokládá J. Bowlby attachment, který ovlivňuje pamětní procesy dítěte a usměrňuje ho k vyhledávání blízkosti a komunikaci s matkou (Bowlby, 1997). Rozvíjí se vzájemné emoční reagování mezi dítětem a vychovatelem, přičemž dítě využívá rodičovské funkce k organizaci svých vlastních životních aktivit. P. Pöthe v jeho kurzu „Emoční a sociální zrod dítěte“ uvedl, že díky vzájemné interakci mezi matkou a dítětem vznikají specifické emoční a kognitivní zkušenosti dítěte formující jeho schopnost emoční adaptace a způsob sociálního chování v budoucnosti (Pöthe, 2008)¹.

G.W. Allport nazývá instinktivními vrozenými mechanismy veškeré tendence společné druhu, celou řadu reflexů, pudů a procesů homeostázy (Allport, 1966). Opírá se o práce N. Tinbergena (Tinbergen, 1951) či R. A. Spitze (Spitz, 1949), z nichž se dozvídáme o komplexním sociálním chování, které je aktivováno jednoduchými stimuly. Z poznatků také vyplývá, že sociální vztahy dítěte se musí utvářet příznivě, aby se instinkt objevil.

Do skupiny vrozených dispozic se řadí dědičnost, která znamená základ nekonečné jedinečnosti osobnosti a je v ní mimo jiné zahrnuta proměnlivá výbava temperamentu, nervová plastičnost či různé prahy reakcí. O entitách biologické determinace, o instinktech a genové výbavě je v soudobé psychologii pojednáváno zcela automaticky (Langmeier, Krejčířová, 1998, Nakonečný, 1998, Vágnerová, 2005). Ve zcela specifickém a odlišném smyslu vrozených dispozic mluvíme, pokud se zabýváme určitými latentními nebo potenciálními schopnostmi, které mají v genezi osobnosti rozhodující význam, např. schopnost učit se. Jak uvádí G. W. Alport: „V neuropsychické organizaci je něco inherentně plastického, něco, co způsobuje možné reakci určité změny. Lidský jedinec se stane jistým druhem strukturálního systému, který se sám reguluje a sám sebe udržuje. Tyto schopnosti nejsou instinkty ve smyslu, který jim připisoval W. McDougall

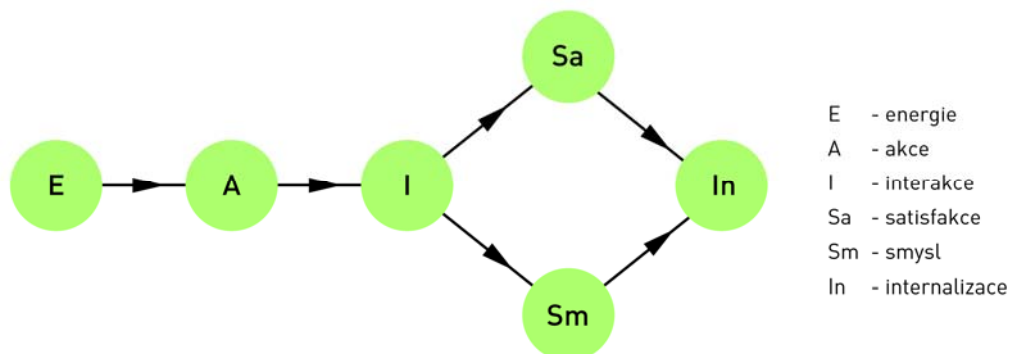
¹ PÖTHE, P. (2008). Emoční a sociální zrod dítěte (akreditovaný odborný kurz AKP ČR). Praha: MUDr. P. Pöthe, 2008. ústní sdělení přednášejícího MUDr. P. Pötheho, text autorizován dne 7.3. 2010.

nebo S. Freud, nýbrž představují spíše potenciality pro dosažení dospělosti“ (Allport, str. 19-20, 1966).

Ačkoli v užším pohledu nazýváme instinkty to, co jsou prostředky jedince k přežití, širší vymezení nám dovoluje začlenit i dispozice k rozvoji, jež zajišťují růst a uplatňují se v určitých stádiích lidského vývoje. V tomto smyslu souhlasí A. Pessa (Pessa, 1997a) s názorem G. W. Allporta, „že proces geneze osobnosti je právě tak dobře řízen dispozicí realizovat její možnosti, tj. stát se ve všech vývojových stádiích charakteristicky lidským“ (Allport, str. 20, 1966).

Obecně užívaný pojem popisující „dispozice realizovat možnosti osobnosti“ či „genotyp“ se v PBSP teorii významově ukrývá v pojmu „geneticky zakódovaný program očekávání“ jako veškerá genetická informace uložená v genech. Samotný pojem „program“ ukazuje na procesuální, dispoziční stránku vývoje oproti statickému úhrnu dědičných vlastností. Toto pojetí vychází z vývojového pohledu humanisticky orientovaných psychoterapeutických směrů na jedince a přesvědčení, že člověk spěje k seberealizaci po celý život a naplňování genetického programu je stále probíhající proces v interakci s prostředím.

Jedinec se rodí s nedovyvinutým, nediferencovaným centrálním nervovým systémem. V jeho genetické výbavě jsou zakódovány informace, co je nutné k splnění podmínek pro správný rozvoj všech potřebných funkcí. Nabízí se otázka, jakým způsobem se realizuje a rozvíjí genetický základ každého jedince?



Obr. 3 Základní fáze naplnění potřeby (modifikováno dle A. Pessa, 2007)².

Lze říci, že po narození přichází člověk s určitou dávkou kapacity, která se týká schopností a vitality. Je možné tuto kapacitu souhrnně označit jako energii, prostřednictvím níž se jedinec snaží projevovat různými akcemi; hladové dítě má vitální kapacitu začít křičet a dožadovat se jídla. Energie má vždy podobu akce, ale ne vždy primárně viditelnou pro vnější svět, neboť takovou akcí jsou i myšlenky. Pessa Boyden psychomotorická terapie nám ukazuje, že na svět přicházíme

² PESSO, A. (2007) *Teoretický úvod do PBSP; kontext vývoje osobnosti člověka (Přednáška v rámci 4-letého výcvikového programu PBSP)*. Praha: Diabasis, 2007. ústní sdělení přednášejícího A. Pessa, text autorizován dne 4.12. 2009.

s instinktivním očekáváním odpovědi (adekvátní interakce), která má následovat po naší akci. Hladové dítě očekává pečující osobu, která přijde a nakrmí jej. Díky naší evoluční paměti jsme od narození vybaveni pro přežití a se způsobilostí využít energii, která tu je (Lucká, Koblíř, 2003a, Pessoa, 2007)³. A. Lowen ve své teorii bioenergetiky vyzdvihuje nutnost rovnovážného stavu energie přijaté a vydané (Lowen, 2009). Přestože tento autor explicitně nerozpracovává téma potřeb, tato oblast je v jeho teorii přítomná: je nutné, aby hladina energie odpovídala možnostem a potřebám jedince. A. Pessoa a D. Boyden doplňují, že nejde o nic smyšleného, ale o vrozený vývojový mechanismus, který obsahuje kromě jiného i jakési ideální obrazy interakcí a vztahů, jež potřebujeme zažít v pravý čas s těmi pravými lidmi (Pessoa, 2007, Perquin, 1997).

Pokud je v souladu akce a interakce, tzv. tvar a protitvar, prožíváme pozitivní satisfakci. Odpovídající reakce na naše očekávání značí příjemný zážitek, který je především na tělové úrovni. Díky těmto adekvátním odpovědím se může jedinec zdárně vyvíjet, rozvíjet své schopnosti a přitom mít pocit, že život má smysl (Pessoa, 1997a, Perquin, 1997). Tento proces přibližování se geneticky daným očekáváním lze vztáhnout k teorii A. Maslowa, který popisuje strukturu lidských potřeb. Hierarchicky nejvýše umísťuje metapotřeby, jež jsou spjaté s dosahováním vrcholu lidského potenciálu. Jedinec se stejně jako podle PBSP systému touží stát „vším, čím se stát může“ a přiblížit se tak co nejvíce vlastní přirozenosti (Maslow, 1987).

Z psychologického hlediska vychází Pessoa Boyden psychomotorická terapie v oblasti péče a výchovy ze dvou procesů; procesů učení a motivace, resp. uspokojování základních potřeb ve vztahu k sebeaktualizaci a jejich vývoji. Velký důraz je kladen na prožívání jako jedné ze základních dimenzí psychiky.

Proces učení je v PBSP založen jak na zpevňování přicházejících reakcí pozitivních i negativních, tak i na zástupném posilování vycházející z Bandurovy kognitivně sociální teorie (učení pozorováním) (Bandura, 1965). Jestliže dítě udělá něco, co matku potěší, reakce se upevní pomocí odměny (např. v podobě matčina úsměvu, zájmu či blízkosti) a u dítěte vzniká pozitivní pocit, že má smysl danou činnost opakovat. Nejsou-li potřeby uspokojovány, je-li člověk méně šťasten, co se týče prostředí, do něhož se narodil, je frustrován a mohou se u něho rozvíjet pocity bezmoci, samoty, nenaplněnosti života (Pessoa, 1997a).

Smysl žití nachází člověk v podobě přísunu informací o tom, jaký svět interakcí nás obklopuje. Příkladem nám mohou být děti v kojeneckých ústavech, ke kterým nepřichází očekávané odpovědi a musí si v saturaci potřeb vystačit samy. Kdykoli potřebuje dítě přebalit, přivolává dospělého člověka křikem. Po několika opakovaných zážitcích, při nichž zůstává dítě nevyslyšeno, se přestává hlásit tímto způsobem. Získává pro sebe zprávu o neúčinnosti a nesmyslnosti této snahy,

³ PESSO, A. (2007) *Teoretický úvod do PBSP; kontext vývoje osobnosti člověka* (Přednáška v rámci 4-letého výcvikového programu PBSP). Praha: Diabasis, 2007. ústní sdělení přednášejícího A. Pessa, text autorizován dne 4.12. 2009.

křičet nemá smysl. Je zřejmé, že i v tomto případě dochází ke zpevňování, avšak negativnímu. Častým následkem neadekvátní reakce jsou podle Y. Lucké deprivace a návrat k nižším způsobům uspokojování vlastních potřeb (Lucká, Koblíček, 2003a).

Podobně se na následky neadekvátních interakcí v průběhu vývoje dívá A. Lowen, který je pojímá z hlediska blokové energie, nikoli saturace potřeb (Lowen, 2009). V důsledku potlačování těch stránek naší bytosti, které nejsou akceptovány okolím, nedochází k jejich rozvoji a vznikají v těle energetické bloky, tzv. pancíře. Tyto obranné mechanismy si budujeme ve stavech nerovnováhy, nedostatečného kontaktu s okolím či ve stavech hlubokého neštěstí.

Odpovědí na otázku příčiny narušeného či optimálního neuropsychického vývoje jedince je kvalita interakce a význam vrozených daností a dispozic ve spojitosti s významem péče a výchovy. Centrální hybnou silou v psychoterapii i v životě jedince se stalo pro A. Pessa a D. Boyden usilování o dosažení radosti, uspokojení, smyslu a spojitosti s jejich současným životem.

PAMĚŤ A VĚDOMÍ

K tomu, abychom se stali dospělými tvůrci života pomocí zrání a růstu - musíme mít schopnost zapamatovat si události života. Organismus, resp. jeho nervová soustava je vybavena touto způsobilostí těžit ze svých zkušeností a úloha paměti se tak stává v každé chvíli našeho života neocenitelnou. Funkci této zmíněné kapacity uchovávat informace minulé zkušenosti nalezneme v obecně psychologické literatuře popsanou jako biologická prospěšnost a škodlivost podnětů a reakcí. Po narození, pomocí našich smyslů a selektivní pozornosti, dochází k procesu rozpoznávání situací, které obohatí náš život nebo jej naopak ohrozí, což pomáhá posilovat kontinuitu našeho života.

Okamžik přítomnosti je ovlivněn paměťovou databankou, která je vyplněna informacemi z naší osobní, autobiografické paměti, ale obsahuje též informace evoluční paměti v genech uložených a život obohacujících způsobů vnímání a jednání (Pesso, 1994). Čím více věcí zažívám, tím mám rozsáhlejší banku paměti. Informace z našich genů a informace z naší historie jsou součástí vědomé a nevědomé paměti (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009).

V rámci teorie o evoluční a autobiografické paměti si PBSP klade otázku, kdo skutečně jsme a kdo jsme? Přestože jsou tyto otázky obecně rozpracovávány v rámci teorií identity v kontextu vývoje jedince v jeho sociálním prostředí, autoři psychomotorické terapie odpovídají z hlediska paměti. To, „kdo jsem“, je produkt naší minulosti, která nás nyní ovlivňuje, neboť samotný akt prožívání je většinou aktem vzpomínání, protože prožíváme přítomnost prostřednictvím naší paměti, jak si ukážeme dále (Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009). Vedle toho B. Rancourt nachází odpověď v působení pohledu našich rodičů: „Kým jsme, objevujeme poté, co jsme byli objeveni jistým rodičovským pohledem, který nás definuje, jenž dává určitý smysl našim činnostem a který v nás zůstane na celý život (Rancourt, 2008). Odpověď na otázku „kdo skutečně jsem“ neposkytuje dle PBSP teorie paměť autobiografická, nýbrž paměť evoluční (Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009).

Evoluční paměť je v PBSP teorii nazývána „zděděná virtuální pokladnice významů“. Extra zhuštěné evoluční informace v genech obsahují záznam úspěšně žijícího organismu od počátku

věků. V okamžiku spojení spermie otce a vajíčka matky se stává její fyzickou realizací. Nese v sobě zakódovanou touhu pro přežití sebe i druhu. „Z vnějšku se dá tento význam sledovat jako pro život určené účelnosti našeho biologického uspořádání. Můžeme ho také vnitřně prožívat v neignorovatelné, pocítené přítomnosti našich nejhlubších emocionálních potřeb, tužeb a sklonů“ (Pesso, 1997a, str. 119).

Tato univerzální genetická paměť obsahuje myšlenky na to, jaký by měl být život na zemi, aby byl naplňující a užitečný. Připomíná postupy, které se osvědčily v průběhu statisíců let jako např. kojení z matčina prsu. Když se dítě narodí, ví, že je třeba matky, která má prsa, vyživuje jej a chrání. Bohužel ne všichni se rodí do co nejlepších podmínek (nechtěné děti, ambiciózní matky, nepřítomní otcové apod. (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Pesso, 1999, Roth-Bilz, 2010a). Dítě je nuceno učinit jiný zážitek, než to, co potřebuje a co by bylo pro něj ideální. Tyto jiné druhy zkušenosti v podobě frustrací, bolestí a traumatizace patří do naší osobní paměti. Autobiografická paměť se zaplňuje našimi zkušenostmi z tohoto světa. Důležitou úlohu zde hrají smysly, které napomáhají vybírat informace nejúčelnějších postupů pro život, které by primárně vedly k zachování jedince a umožnily pokračování rodu.

Každý moment našeho bytí má zkušenostní pozadí, který nás ovlivňuje v přítomnosti. Naše zkušenosti se tak stávají optikou, skrz níž vidíme svět a reagujeme na něj. V kontextu osobní paměti přicházíme na svět jako tabula rasa, kdy se na základě zkušeností utváří naše Já. Podobně široce pojímají autobiografickou paměť např. J. J. F. Schroots, C. van Dijkum či M. H. J. Assink či E. Reese (Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009, Reese, 2002, Schroots, van Dijkum, Assink, 2004).

Autobiografická paměť se vyznačuje tím, že obsahuje informace vztahující se k vlastnímu Já, které jsou časově řazeny a emocionálně podmíněny. Informace se vyskytují ve formě vzpomínek (retrospektivní autobiografická paměť) a očekávání (prospektivní autobiografická paměť) (Schroots, van Dijkum, Assink, 2004). Dochází ke znovuvybavení vzpomínek, prožitků či minulých událostí v současnosti, stejně jako k očekávání, předvídání budoucích událostí, které jsou taktéž založené na současném fungování paměti. E. Reese doplňuje pohled na autobiografickou paměť o specifikaci jejích složek (Reese, 2002). Považuje ji jako komplexní a multideterminovanou dovednost skládající se z neurologických, sociálních, kognitivních a lingvistických komponent. Na nejzákladnější úrovni tedy naše osobní paměť popisuje naše minulé prožité události.

Do této doby jsme představili pouze dva základní zdroje informací, informace z individuální a druhové paměti. A. Pesso a D. Boyden přidávají ještě třetí informační databázi, kterou jsou „informace z „druhé ruky“, tj. informace získané prostřednictvím vyprávění o životě, vyprávění příběhů o tom, co zažili ostatní. V mozku je pak uložena obrazová a jazyková reprezentace všech těchto zkušeností“ (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, str. 91).

Je zřejmé, že všechna naše minulost je registrována a uložena v našem mozku, v našem těle. A. Pesso v článku „Paměť a vědomí“ zmiňuje výzkumy mozku, které přináší pohled na naše vědomí: „naše představa o tom, kdo jsme a co se děje kolem nás, je z velké části založeno na paměti.

Ta je odpovědná a řídí vše, co máme aktuálně ve vědomí. Vědomí je prostřednictvím neuronů závislé na paměti“ (Pesso, 2004). Právě spojení těchto dvou entit, paměti a vědomí, je stěžejní myšlenkou teorie PBSP, která se realizuje v terapeutické praxi.

Pesso Boyden psychomotorická terapie klade důraz především na práci s tím, co je možné stát se vědomým. Rozvoj vědomí způsobuje, že si jsme vědomi něčeho jako takového a to směřuje k vytváření významu této věci. Jako první rozvíjí vědomí rodiče tím, že pojmenovávají věci, situace, emoce a tím dostává toto vše význam (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009). Důležitým jevem v tomto procesu je bezpochyby interakce a komunikace, neboť realita dítěte je závislá na pozornosti jeho rodičů, co vidí a jak viděné definují, označí či interpretují.

Jak lze vidět, na rozdíl od psychoanalýzy teorie PBSP neusiluje o práci s nevědomými obsahy psychiky a není založena na důkladné specifikaci daného pojmu. Z tohoto důvodu zde není tento pojem podrobně rozvíjen. I v terapeutické praxi umožňuje psychomotorická terapie klientům studovat organizovanost jejich vědomí, nikoli nevědomých dějů. Klient se zaměřuje na prozkoumávání myšlenek, jež jsou základem jeho aktuálního vnímání, chování, myšlení a emočního prožívání. A. Pesso věří, že naše aktuálně probíhající, deficitem sužované vzpomínky, ovlivňují naše vnímání v přítomnosti. Proto se snaží pomocí určitých technik ve strukturovaném terapeutickém prostředí vytvářet nové, symbolické, deficit uspokojující vzpomínky. Nedochozí tedy ke změně skutečných vzpomínek, ale k vytvoření nových, které mají emočně uspokojující povahu (Pesso, 2004).

Probuzené vzpomínky z minulosti se manifestují v těle a jsou prekurzory emocionálního projevu (Pesso, 2004). Emocionální chování je často nevědomě potlačené, zůstává vázané v těle a stává se zdrojem našich implicitních a explicitních vzpomínek. Tyto vzpomínky jsou jednak záznamem o tom, jak jsme žili ve světě, zároveň také základem pro úvahy, jak žít ve světě (van der Kolk, Fisler, 1995).

Současný výzkum ukázal existenci velké složitosti paměťového systému, z nichž většina je mimo oblast vědomí. Zdá se, že každá z těchto paměťových funkcí je do jisté míry nezávislá na druhé. Abychom to shrnuli, implicitní, nedeklarativní paměť autoři rozumí automatické pohyby a vzorce chování jako vzpomínky dovedností a návyků (např. otvírání dveří, jízda na kole, lyžování apod.) a za nevědomě vyvolatelnou emoční paměť pojímají tu, která se projevuje skrz tělesné prožívání v podobě nejrůznější emoční reakce, reflexní činnosti a podmíněné reakce (Squire, Zola Morgan, 1991). A. Roth-Bilz, německá pesso terapeutka, zahrnuje pod pojem implicitní paměť veškeré behaviorálně emoční mechanismy (Roth-Bilz, 2010b). A. Pesso k tomu připojuje ještě vnímání a somatosenzorickou paměť (Pesso et al., 2002). Každý z těchto systémů implicitní paměti je spojen s konkrétní oblastí centrálního nervového systému. Oproti explicitní paměti zde hrají velkou roli nevědomé procesy (van der Kolk, Fisler, 1995).

Deklarativní, epizodická, sémantická, autobiografická, explicitní paměť se vztahuje na vědomé vnímání skutečnosti a vyžaduje vědomou pozornost pro vybavování si událostí. Je vývojově mladší a vyvíjí se po osmnáctém měsíci života. Progressivní vývoj autobiografické paměti

je zaznamenán až po druhém roce života. Během zpracování v kůře mozkové jsou vybírány selektivní části, které se ukládají do dlouhodobé paměti. Jsou zde umístěny emočně nabitě, významné životní události, které se přihodily jedinci a jsou vědomí přístupné (Siegel, 1999, Squire, Zola Morgan, 1991, van der Kolk, Fisler, 1995). A. Roth-Bilz sem řadí znalost faktů, vědomě vyvolatelné vzpomínky s emoční obsahem, vzpomínky na nebezpečné situace, důležité životní milníky, myšlenky o tom, jaký je svět apod. (Roth-Bilz, 2010b).

Chceme-li porozumět účinnosti jednotlivých terapeutických intervencí, je nutné pochopit, jak funguje lidská mysl a jakou úlohu značí informace z našeho bytí. Pro objasnění vývojových poruch a rozvoj duševních poruch jsou otázky funkce paměti zásadní.

Mentální reprezentace

Základní potřebou každého organismu je orientace v jeho životním prostředí, aby mohl účelně reagovat na svou situaci. Na vnímání, původní vývojové formě poznávání okolí, se účastní celá řada procesů a různé aspekty poznávání, jako je příjem a zpracování informací, jejich vnitřní kódování apod. V součinnosti s vnímáním se aktivuje implicitní paměť. Pomocí smyslových orgánů vytváří v mozku obraz vnějšího i vnitřního prostředí organismu v podobě mentálních reprezentací (Siegel, 1999). Pesso terapeutka Roth-Bilz říká, že když člověk vnímá cokoli, vnímání se uskutečňuje nejen vnějším okem, ale i jakýmsi okem „vnitřním“ (Roth-Bilz, 2010b). V této definici je lidským, nepsychologickým jazykem popsána mozková aktivita příjmu informací a vytváření mentálních reprezentací.

Tématem mentálních reprezentací se zabývá posledních několik desítek let kognitivní psychologie a během tohoto období bylo vytvořeno několik základních podob koncepcí mentálních reprezentací. Klasické pojetí je rozpracovááno v oblasti vývojové a obecné psychologie (např. J. Piaget) (Piaget, 2001); sociálně psychologické pojetí se uplatňuje především při studiu reprezentací postojů a názorů (např. S. Moscovici) (Moscovici, 2001); pojetí vzniklé v 70. letech v americké psychologii, které vychází z redukce poznávacích procesů na procesy zpracovávající informace (např. S. M. Kosslyn) (Kosslyn, 1980).

Odhlédneme-li pro tuto chvíli od individuálních dispozic jedince, je současné vědě zřejmý poznatek, že vše, co člověk zažil od narození (pravděpodobně to platí i pro období prenatální), se automaticky ukládá v mnoha paměťových centrech pomocí různorodých modů zpracování informací. Pojdme se blíže podívat na proces, který již před stoletím tušil a formuloval S. Freud a na který moderní neurologické výzkumy přináší nové vědecké poznatky ve stále se prohlubujícím poznání.

Centrální nerovový systém vytváří vnitřní reprezentace rozličných typů informací o smyslových počtích, o pocitech v těle, o myšlenkách i slovech. Jakýkoli aktuální zážitek je neustále vyhodnocován za pomoci všech adekvátních informací a zkušeností z naší dřívější historie, neboť veškeré informace zůstávají uloženy v mozku jako vzorce pro neuronové spojení,

které bude fungovat jako mentální symbol. Lidský mozek má schopnost tyto zkušenosti vyvolat a použít, kdykoli je potřeba (Boyden, Pessoa, Vrtbovská, 2009, Perquin, 2004, Siegel, 1999).

Ilustrací tohoto neurologického faktu nám může být jednoduchý pokus. Když vyslovíme jakékoli slovo nebo slovní spojení, např. moje matka, při důkladné introspekci zjistíme, že vyřčení slova evokuje na jakési „vnitřní obrazovce“ obraz. Tuto vnitřní obrazovku v našem mozku nazývá A. Pessoa, podobně jako S. M. Kosslyn „mind's eye“ (okem mysli, vnitřním zrakem) (Kosslyn, 1980, Pessoa, 2004, Siříněk, 2008). Mind's eye charakterizuje M. Kosslyn jako mentální mapu, mentální obrazy, kvazi-percepční zkušenost, rekonstrukce dříve vnímané zkušenosti (Kosslyn, 1980). Je nutné si uvědomit, že obraz v oku mysli neodpovídá aktuální situaci (naše matka zde není fyzicky přítomná), po obsahové stránce jde pouze o paměťový kompilát historických, dříve vnímaných obrazů.

Při ještě pozornější introspekci, kdy si promítáme obraz matky v mozku, je možné evidovat různě postřehnutelné tělové reakce, tedy pohyb či hnutí, které je s tímto historickým obrazem propojeno (např. sklonění hlavy, pokrčení obočí). Je zřejmé, že naše nervové struktury reagují automaticky na kognitivně-emocionální význam podnětu. Jakmile tedy člověk začne myslet na určitou situaci, vnitřní obraz spontánně vyvolá tělesné reakce. Tento jev A. Pessoa pojmenovává „mind's body“ (mentální tělo, tělo mysli) (Pessoa, 2004).

Jestliže se shodneme na výše uvedeném, že existuje neurologicky podložené zkušenostní historické pozadí našich aktuálních vztahů ke světu, myšlenek a emocí, které se objevuje v přítomnosti a člověk se tím pádem nemůže nechovat historicky, jakým způsobem nám může být tato skutečnost prospěšná?

Na rozdíl od ostatních terapeutických směrů, které nabízejí jako léčivý faktor např. abreakci, uzavření tvaru, smíření či porozumění, A. Pessoa a D. Boyden přichází s emocionálním učením. Podle J. Siřínka se jedná spíše o doučení toho, pro co nebyly vhodné podmínky (Siříněk, 2008). PBSP metoda nám ukazuje, jakým způsobem doplňovat to, čeho se nám ve vývoji nedostávalo. Jemné tělové pocity, které jsou vyvolány díváním se na naše vnitřní obrazy, jsou častým pozůstatkem nenaplněných potřeb v našem osobním příběhu. Když klient rozpozná tyto tělesné pocity, může tuto skutečnost projevit v léčivé interakci (např. klient chce obejmout). Internalizací těchto aktuálních zážitků se vytváří soubor mentálních reprezentací v podobě nového intrapsychického vnitřního modelu, který má vliv na zpracování informací, regulaci emocí a chování (Kulísek, 2000). Jedinec tak může dojít po malých krocích k hlubokému, uspokojivému zážitku, který může do budoucna přispět k smysluplnějšímu a spokojenějšímu vnímání vztahů s okolím a k sobě samotnému (Roth-Bilz, 2010b).

EMOCE

V západním myšlení můžeme vystopovat dva základní pohledy na emoce. První tradice pojímá emoce jako narušitele duševní aktivity, zatímco druhá tradice na ně nahlíží jako na uspořádané odezvy, které flexibilně zaměřují rozumové aktivity a následně jednání. V tomto pojetí jsou emoce primární motivační síly, které působí, vyvolávají, podporují a zaměřují jednání. Etymologicky má tedy

slovo emoce blízko k pojmu motivace, neboť oba pojmy mluví o akci, která má vztah k nějakým cílům.

Podle M. Nakonečného je z hlediska struktury emocí klíčová zážitková komponenta, protože se konstituuje v jednotě s poznáváním významu situace vedle komponenty behaviorální (představující chování a jednání) a somatické (Nakonečný, 1997a). Emoce jsou fenomenálně specifické a komplexní psychické jevy hodnocení situace či stimulace a jako takové jsou důsledkem odezvy na podnět.

R. A. Plutchik ve své teorii emocí vyzdvihuje jejich genetický základ (Plutchik, 1980). Emoce vznikly v procesu evoluce přírodní selekcí životně úspěšných mechanismů a jejich postupným zdokonalováním. Emoční reakce na určité charakteristické podněty vnitřního (např. bolest) a vnějšího (např. ohrožení) světa jsou naprogramovány předem určeným způsobem a jako takové jsou formou adaptace. K vyvolání odpovědi těla není dokonce ani třeba rozpoznat působící podnět, ale je nezbytné zařazení klíčového rysu časnými senzory do korových oblastí a okamžité dodání této informace strukturám limbického systému (Damasio, 2000).

Existují určité společné prvky různých emocí a podle nich mohou být identifikovány. Každá emoce se může vyskytovat v různých stupních intenzity a úrovni vzrušení. Různí autoři považují rozdílný počet emocí za základní. R. A. Plutchik charakterizuje 8 základních emocí, mezi nimiž nalezneme i překvapení, přijetí či očekávání (Plutchik, 1980). Společně s W. Jamesem či J. Watsonem se shoduje v zařazení strachu a hněvu mezi základní emoce. O pojetí bazálních emocí u dalších, vybraných autorů se můžeme dočíst u A. Ortonyho a T. J. Turnera, kteří v 90. letech přinesli seznam základních emocí vytvořený na základě rozsáhlého výzkumu (Ortony, Turner, 1990). O 10 let později W. G. Parrot předkládá detailní seznam emocí rozdělených do struktury stromu, jehož větve tvoří primární, sekundární a terciární emoce (Parrot, 2001). Mezi primární emoce řadí lásku, radost, překvapení, zlost, smutek a strach. Pro ilustraci např. mezi sekundární emoce odvozené od základní emoce smutku patří utrpení, zklamání, stud, zanedbávání, soucit. Od každé z těchto emocí jsou odvozeny další; pocit zanedbávání se může rozvinout do pocitu odcizení, izolace, osamělosti, odmítnutí, stesku po domově, poraženosti, skleslosti, nejistoty, rozpaků, ponižování či uraženosti.

Je zřejmé, že emoce lze třídit a strukturovat dle nejrůznějších kategorií. A. Pesso neklade důraz na jejich členění, ale inspiruje se výčtem emocí v různých seznamech a jednotlivé pojmenované emoce se snaží aktivní formou uplatňovat a rozšiřovat v terapii s cílem co nejpřesnějšího označení viděného. Používá je tedy jako vodítka při fenomenologickém pozorování a následném pojmenovávání emocí odečtených z přítomných tělových signálů v terapeutické práci. Tento proces není ukotven v podobě jednotné typologie či teoretického výkladového rámce, jak tomu bývá v procesu tělové diagnostiky u dalších bodytherapeutických směrů, ale je souborem poznatků a zkušeností terapeuta s tělovou diagnostikou. Terapeut slova popisující emoce propojuje s vlastními zkušenostmi z pozorování lidského výrazového chování a s poznatky z obecné, vývojové psychologie či neurofyzologie.

Emoce mají v rámci PBSP terapie primární místo a jsou mapovány v každém momentu pomocí PBSP techniky nazývané mikrotrekování (microtracking) (Bachg, 2004). Její součástí je diagnostika emočního výrazu a jeho následné pojmenování, jež se uskutečňuje pomocí hypotetické postavy svědka, jako jednoho z důležitých principů microtrackingu. Terapeut je v roli této pozorující postavy, která popisuje viděné emoce, neinterpretuje je ani neposuzuje. Je důležité, aby svědkem použitý název emoce byl v daný okamžik co nejvíce odpovídající emočnímu rozpoložení jedince. Všimněme si např. jak mohou být významné rozdíly v našem prožívání, když cítíme zlost, vztek, rozhořčení, hněv, nepřátelství, nenávist, opovržení, zášť, pomstychtivost, odpor atd.

A právě jednou z funkcí „svědkování“ je vidět, rozpoznávat a co nejpřesněji pojmenovávat emoce (Bachg, 2004). Tato zaměřenost na emoční prožívání může mít vliv na klientův pocit bezpečí či pocit dobrého místa v terapeutickém setkání. V této úvaze navazují autoři na teorii attachmentu, ve které se mluví o fenoménu, jak je důležité pro malé dítě být rozpoznáno pečující osobou ve svých pocitech a potřebách (Bowlby, 1997). Pokud je vychovatel dostatečně citlivý k projevům dítěte, dítě dostává zprávu, že svět je dobré místo, kde může zažívat bezpečí, péči a ochranu. Teoretici rané citové vazby J. Bowlby a M. D. S. Ainsworthová předpokládali, že vazbové chování hraje důležitou roli po celý život, nejen v raném dětství (Bowlby, 1997, Bowlby, Ainsworth, 1965). V terapeutické struktuře je toto naplňováno postavou „svědka“.

Podle R. A. Plutchika jsou emoce uzavřený komplexní průběh reakcí na podnět, které zahrnují kognitivní hodnocení, změny v subjektivním prožívání a jsou důležitým aktivátorem autonomního a centrálního nervového systému (Plutchik, 1980). Vyvolávají impulzy k jednání, které jsou zacíleny na působící podnět, jenž uvolnil tuto komplexní sekvenci. Obecně platí, že většina uvedených fází sekvence probíhá pod úrovní vědomí, u primárních emocí často automaticky. Lidé si nemusí být vědomi vlastních stavů fyziologického vzrušení, stejně jako kognitivního zhodnocení situace. A i tento poznatek je dobře zakomponovaný v činnosti hypotetické postavy svědka, neboť pojmenováváním emocí a kontextu, v němž se emoce objevila, zvyšuje svědek vědomí propojenosti emocí s objektem, který způsobil vzrušení. Zároveň dochází k vytváření spojení mezi tímto objektem, emočním a tělesným stavem (Damasio, 2000).

Důkladné pozorování emocionálních signálů probíhá po celou dobu terapeutického procesu. Je jedním z neodmyslitelných a významných momentů PBSP terapie, jejíž cílem je vytvoření emočně korektivní zkušenosti, která by dovedla klienty k hlubokému uspokojujícímu zážitku v rámci symbolické scény. Přestože je v mnoha dostupných zdrojích o PBSP věnována pozornost emocím v PBSP procesu se zaměřením na oblast mikrotrekingu, vnímali jsme jako důležité pro větší komplexnost nahlédnout i do skryté, teoretické oblasti, která je pod celým systémem Pesso Boyden psychomotorické terapie hluboce přítomná.

STRUKTURA OSOBNOSTI

Když se řekne struktura osobnosti, vybaví se nám teorie S. Freuda a jeho pojetí Id, Ega a Superega jako základních komponentů osobnosti (Freud, 1960). V teorii A. Pessa a D. Boyden je stejně jako v psychoanalýze také přítomna tříložková koncepce osobnosti: duše (pravé Já, skutečné Já), ego a Self, které je však pojímáno především z vývojového hlediska. Podobně jako u S. Freuda nám tyto tři komponenty osobnosti vysvětlují fungování a formování jedince jako lidské bytosti. Podle A. Pessa „na svět přicházíme se „skutečným, pravým Já“, avšak vědomá představa tohoto Já se musí vytvořit. A pouze tehdy, je-li tato představa zakotvená a internalizovaná v našem egu, můžeme prožívat své skutečné Já otevřeně a vědomě“ (Pesso, 1987, str. 202). Pro bližší porozumění vývoji a interakce vrozeného s působením prostředí je nezbytné dané termíny definovat.

Duše, pravé Já

A. Pesso se shoduje s psychoanalýzou, stejně jako s myšlenkami C. G. Junga na vrozeném, nevědomém motivačním základu naší osobnosti. Podle autorů PBSP tyto kvality připisují „duši“, neboli „pravému Já“, která tvoří jádro lidského bytí jako zdroj veškeré energie člověka vychází z genů, z nevědomí, z instinktů (Perquin, 1997, Pesso, 1987, Pesso, 1994). „Duše je tak pramenem našich emocí, impulzů, našeho prapůvodního chování a reakcí na externí události-cítíme radost a smějeme se, když se něco daří a zlobíme se, nebo jsme smutní, když něco nejde“ (Pesso, 1991, str. 170). Nese v sobě také zakódované hodnoty jako smysl, spravedlnost, řád.

V tomto smyslu je zřejmé, že v duši je ukryta motivace jedince, protože odtud pramení nutkání být s druhými v interakcích, milovat a tvořit, ale také nutkání reagovat útokem či útekem na ohrožující situace. Základ duše vzniká v momentě oplození vajíčka spermií a díky genetické informaci je spojen s evoluční historií (Perquin, 1997, Pesso, 1987, Pesso, 1991, Pesso, 1994).

Na otázku „kdo skutečně jsem“ poukazuje obsah duše, který je skladbou jedinečných vrozených vlastností jedince (např. temperament, umělecké nadání) a všeobecných možností člověka. Jedinečné vlastnosti se rozvíjí v kontaktu s ostatními lidmi, primárně našimi rodiči, pokud jsou jimi rozpoznány, oceněny a podporovány (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009). PBSP napomáhá tomuto procesu objevování a rozvíjení prozatím nepovšimnutých možností či aspektů duše. V tomto smyslu mluvíme o seberealizačních aspektech duše. V duši je ukryt všechn potenciál, s kterým se rodíme, a touha realizovat jej je pro nás přirozenou součástí nás samých (Pesso, 1987, Perquin, 1997).

Univerzální aspekty duše se představují v podobě polarit typických pro každého jedince. Ilustrací nám je zranitelná a silová strana každého z nás. Síla jako kapacita člověka aktivuje energii směřující ven, která nám pomáhá ovlivňovat svět, oproti naší zranitelnosti. V této naší receptivní části je obsažena kapacita přijímat, jež v realitě znamená energii obrácenou dovnitř. Naznačuje,

jak jsme schopni zažívat svět, jak na nás působí a obohacuje naše bytí (Lucká, Koblí, 2005⁴, Perquin, 1997, Pesso, 1991).

Duše nám propůjčuje schopnost pociťovat, rozpoznávat a přijímat okolní svět ve dvou formách. Bereme-li okolní svět dovnitř doslovně, na fyzické rovině přijímáme především *jídlo* a přeměňujeme jej v energii a látky. Jídlo je vnímáno jako způsob, jakým k nám svět přichází ve hmotné podobě a sytí tělo. Psychologické a neurologické trávení *událostí či zkušeností* se v tomto procesu přeměňuje ve významy, obrazy, metafory a krmí naši mysl (Perquin, 1997, Pesso, 1991, Abuse). Již jako malé děti jsme syceni významy a vnímáme jejich symbolickou řeč, např. slovu „ven“ lze rozumět, že si máme obout boty.

L. Perquin poukazuje na fyzický pól těchto polarit v podobě senzorycké a motorické části nervového systému. Významnou částí podstaty fungování nervového systému je její otevřenost, receptivnost uskutečňovaná pomocí aferentního nervového systému, který organizuje přenos a příjem informací z vnějšího světa prostřednictvím smyslů. Naopak eferentní nervový systém ovlivňuje svaly produkující pohyb v odpověď na vnější svět skrze volní, emoční a reflexní systém. Tyto tři druhy pohybové aktivity přináší ve své teorii A. Pesso (Pesso, 1994). Naši primární pečovatelé mají jedinečnou úlohu, neboť jejich úkolem je podporovat plné využití obou rovin nervového systému a přispět tím ke koordinované senzomotorické aktivitě (Perquin, 1997).

Ego

Na rozdíl od duše, která pramení z našich genů, egem se v PBSP teorii rozumí „ta část nás samých, která je vytvořena interakcemi s vnějším světem“ (Pesso, 1987, str. 292).

Naše genetická přirozenost ovlivňuje, jak se dotýkáme okolního světa smysly, pocity, činnostmi či myšlením. Příjem, zpracování a výdej informací se uskutečňuje na základě interaktivní povahy organismu s okolním světem. Dalo by se říci, že ego je styčnou plochou mezi vnitřním a vnějším prostředím. V tomto smyslu je ego funkční částí duše, neboť řídí, reguluje a dává formu nukleárním silám duše. Nepopsanou tabulu rasu plní významy ze zkušeností, učí nás být si vědomi vlastní existence, používat jazyk a symboly, logicky uvažovat, prožívat čas a prostor, rozeznávat skutečnost od fantazie, vytvářet vlastní sebepojetí, kontrolovat představu o nás samých a integrovat polarity našeho bytí (Perquin, 1997, Pesso, 1987).

PBSP přijímá klasickou psychoanalytickou představu o vývoji ega v rámci formativních let, raném dětství, prostřednictvím interakcí s rodiči a zkušeností s vnějším světem a tuto ideu rozšiřuje na období celého dětství a dospívání. Důvodem jsou neuropsychologické výzkumy mozku, které mluví o zrání nervové soustavy ještě v období kolem 20. roku života. Nenahraditelným úkolem blízkých lidí kolem nás je definovat, označovat a překládat svět dítěte do významů, které se přetváří do vnitřních map. Tímto pojmenováváním skutečnosti získává ego postupně tvar tvořený koncepty,

⁴ LUCKÁ, Y., KOBIL, L. (2005). *Trauma*. (odborný kurz). Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

postoji, očekáváním a podmíněným chováním. Proto stejné slovo může v každém z nás asociovat jiný význam. Slovo oheň může být pro jednoho symbol tepla a bezpečí, pro druhého symbolem spalující síly (Lucká, Koblí, 2005⁵, Pessó, 1988).

Pro lepší představu můžeme ego metaforicky ztvárnit jako jakýsi „plášť“ kolem duše, jehož tvar závisí na převažujících interakcích. V ego dochází k internalizaci vztahů s rodiči a širším sociálním okolím. Je zřejmé, že duše nemusí být někdy přímým vyjádřením ega, pokud se mu nedostávají z okolí adekvátní zkušenosti. Dítě, které nebylo svým okolím dostatečně respektováno a bylo nuceno prožívat negativní pocity, nemůže mít ego odpovídající jedincově pravému já. Ego podmiňuje, které části budou přijaty do Self a které zůstanou odmítnuty a skryty v tělesných symptomech mimo naše vědomí (Perquin, 1997).

Je nutné si uvědomit, že uvnitř ega by mělo být místo pro všechny části naší duše, i pro ty, které těžko akceptujeme a které jsou v analytické terapii nazývané stínem. A. Pessó pro vysvětlení používá následující metaforu: „Tak jako by dobře padnoucí rukavice neměla zakrývat tvar prstů, ale měla by otevřeně, bez příkras a přehánění ukazovat skutečný tvar ruky, nemělo by ani ego zakrývat či zveličovat skutečný tvar duše, ale ukazovat světu a sobě samému, jaké je skutečné v celé své síle a zranitelnosti (Pessó, 1987, str. 293).

Self

Pomocí internalizovaných interakcí si vytváříme mentální aparát důležitý pro prožívání reality, ve které se pohybujeme. Pokud vlastní energii používáme ve shodě se svým okolím, aktuální syntéza duše a těla je v rovnováze. Kdo jsme, jakou máme identitu, jak se prezentujeme a hodnotíme, jaké specifické vzorce chování uplatňujeme, jaké jsou naše subjektivní zkušenosti a touhy, toto všechno se projevuje v denním životě a je dáno Self. Self představuje vše, co bylo z duše uskutečněno pod vlivem ega a stejně jako ego může a nemusí být ve shodě s „pravým já“ (Lucká, Koblí, 2005⁶, Perquin, 1997).

Kompatibilita duše a self je závislá na činnosti ega, tedy na skutečnosti, do jaké míry bylo ego umožněno rozvinout potenciál duše. Stupeň, do jakého může mít jedinec důvěru sám v sebe a svoji duši je závislý na potvrzujícím či ignorujícím chování okolí v období dětství. Odmítnuté aspekty duše v průběhu výchovy zapříčiňují nevědomý konflikt mezi potřebou vyjádřit energii a zvnitřněným odmítnutím energie. Následkem je manifestace tohoto konfliktu v tělových symptomech, kdy tělo může být nástrojem pro zvládnutí, ale i potlačení emocí a potřeb (Sedláková, 2003, Smith, 2007). Přítomnost vnitřního konfliktu lze vyčíst z tělových počítků, používání hlasu, výrazu obličeje, postoje a pohybu těla či neurovegetativních projevů (Perquin, 1997).

⁵ LUCKÁ, Y., KOBLÍ, L. (2005). *Trauma*. (odborný kurz). Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

⁶ tamtéž

L. Perquin nabízí následující příklad tohoto procesu (Perquin, 1997). Když na prvotní křik dítěte reaguje okolí trestem nebo odmítnutím, dítě tuto reakci okolí internalizuje jako zákaz a zprávu do budoucna o nebezpečnosti agresivních impulzů, které nemají právo na existenci. Dítě nedostalo zkušenost omezující, regulující interakce a neprocvičilo sociálně přijatelné vyjádření agresivní energie. Pro hněv není dobré místo ve vědomých ego zkušenostech, a proto v podobě strachu z exploze a destrukce či v podobě sebepoškozování, napětí zůstává pod prahem vědomí.

PBSP metoda oslovuje tyto potlačené emoce a dává klientovi příležitost přijít do kontaktu s tímto prastarým hněvem a jeho vyjádřením bezpečným způsobem. Jedinec může zakusit syčení jedné ze základních potřeb PBSP, potřebu limitů.

MOTIVACE A POTŘEBY

O problematice motivace se nejčastěji pojednává v souvislosti s dynamikou osobnostní struktury, problematikou učení či výkonu. V celé řadě publikací je termín motivace odvozen z lat. moveo-hýbám, což přeneseně vyjadřuje hybné síly chování. Podle M. Nakonečného lze motivaci charakterizovat jako proces usměrňování, udržování a energetizace chování (Nakonečný, 1998). Přestože motivace vychází z biologických zdrojů, je psychickým fenoménem, psychikou řízeným druhem regulace.

Systém poznatků Pesso Boyden psychomotorické terapie explicitně neuvádí teorii motivace, přesto je možné ji nalézt v podobě obrazu člověka, jenž se snaží uspokojit své bazální vývojové potřeby v kontaktu s ostatními lidmi a prostředím. A právě tento fakt byl pro nás rozhodující o zasazení této problematiky do části mapující optimální i psychopatologický vývoj osobnosti, nikoli do oblasti obecně psychologických témat.

Základní motivační funkce potřeb je v psychologii dlouho známá, nejvýrazněji se o ní vyjádřil P. V. Simonov (1975): „Potřeby představují onen fundament, na němž se vytváří veškeré chování a veškerá psychická činnost člověka včetně myšlení, emocí a vůle...motivace neexistuje bez potřeb, které spočívají v jejích základech“ (Simonov, cit. podle Nakonečný, 1995, str. 84). Nezávisle na skutečnosti, zda si lidé uvědomují či nikoli své fyziologické a emocionální potřeby, jsou přirozeně puzeni k určité aktivitě a tendenci regulovat je. Podle M. Nakonečného (Nakonečný, 1995, 1997a, 1998), K. Balcara (Balcar, 1991), O. Mikšíka (Mikšík, 2003) či A. H. Maslowa (Maslow, 1987) se potřeba vyznačuje směrem, intenzitou a trváním.

A. Pesso s D. Boyden v této souvislosti rozpracovávají myšlenkový koncept ideálního naplňování potřeb, který v realitě není nikdy stoprocentně uskutečněn, avšak jedinec je k němu směřován (Pesso, 1997a). Základní teoretický předpoklad PBSP popisuje vznik a saturaci geneticky daných potřeb. Vše, co člověk potřebuje, je vyjádřeno energií, která má podobu fyziologických a motorických komponent, myšlenek, slov a pocitů a tím vším se může projevat. Jedinec je geneticky uzpůsoben hledat „vhodné“ interakce (Fischer-Bartelmann, 2009). Pokud je jedinec nachází, vzpomínky na smysluplnou interakci a její význam se internalizují.

Informace o tom, jak by měla vypadat ideální saturace potřeb, jsou ukryty v naší duši díky evoluční paměti jako odkaz miliony let dlouhého vývoje. „Díky genetické paměti duše velmi dobře ví, co by potřebovala“ (Roth-Bilz, 2010a). Touží naplňovat vlastní potřeby ve správném čase, na odpovídajícím místě, v adekvátním množství a s vhodnými jedinci. Přicházíme na svět s vědomím toho, co potřebujeme od našich rodičů a našeho životního prostředí pro náš nejlepší rozvoj (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Pesso, 1999). Geneticky založené potřeby jsou jako receptory uspokojení a zkoušení blaha pro každé individuum, ale jsou také zdrojem nespokojenosti místo radosti, frustrace a zklamání místo spokojenosti, zoufalství a odcizení místo blízkosti, když je mnoho nedostatků v naplnění těchto potřeb. Teorie PBSP zdůrazňuje, že sama očekávání akce a adekvátní interakce nevedou k umění žít v běžném životě.

Je nutné si uvědomit, že nikdo z nás se nerodí do ideálního světa a již od narození jsou naše geneticky daná očekávání vždy do jisté míry frustrována. Otázkou zůstává míra této frustrace (Fischer-Bartelmann, 2009). S rostoucím věkem je dokonce nezbytné, aby se dítě učilo časovému zpoždění uspokojení, neboť se tím buduje adekvátním způsobem frustrační tolerance. Paměť každého z nás si vytváří úplný záznam naší individuální zkušenosti, který je plný rozporů mezi tím, co vyžadovaly potřeby a co poskytl reálný život. Výslednicí tohoto dlouhodobého interaktivního procesu mezi rodiči, prostředím a dítětem je komplexní výbava schopností pro život jedince mezi lidmi, která předurčuje, co bude jedinec prožívat vzhledem k různým okolnostem (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009).

Teorie PBSP se v tomto pohledu velmi úzce překrývá s teorií citové vazby. Dle ní vzniká jakýsi „vnitřní pracovní model, vnitřní model fungování“, jak tento mechanismus internalizovaných zkušeností nazývá J. Bowlby (Bowlby, 1997). První sociální vztahy a interakce s blízkými lidmi se stávají „mapou“, která bude hluboce ovlivňovat, pozitivním či negativním směrem, fungování sociálních vztahů člověka a jeho vnitřní pocit Já. Z chování pečující osoby si dítě zároveň odvozuje představu o vlastní hodnotě a kompetenci ve vztahu k druhému jedinci (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Bretherton, Munholland, 1999).

Mentální reprezentace vytvořené na základě těchto zkušeností zahrnují pocity, názory, očekávání, strategie chování, stejně jako způsoby interpretace chování, které jsou vázané na vztah s citově důležitou osobou. Navenek se pak vnitřní modely projevují v podobě chování podmíněného citovou vazbou (patterns of attachment behaviour) (Bretherton, Munholland, 1999, Kulísek, 2000).

Koncept vnitřních modelů tedy vysvětluje transfer vzorců rané emoční interakce do autonomní seberegulace, zážitek naplňování potřeb v souvislosti s vývojem osobnosti. P. Kulísek se domnívá, že tyto modely fungování jsou poměrně stabilní v průběhu celého života, přesto mohou být částečně modifikovatelné vzhledem k aktuálním vztahovým zkušenostem (Kulísek, 2000). Od tohoto bodu rozvíjí A. Pesso terapeutickou práci, jejímž předpokladem je, že poskytnutím nových, uspokojujících interakcí je možné změny tyto modely fungování.

Je zřejmé, že i když pohlížíme na vývoj osobnosti pomocí různých konceptů, společným, neodmyslitelným základem většiny se z nich se stává význam interakcí. Podrobné působení těchto důležitých vztahových mechanismů mezi jedinci bude popsáno v následující kapitole.

1. 2. 2 Pohled na vývoj osobnosti z hlediska PBSP teorie

Dříve než zaměříme pozornost na důsledky interaktivní péče blízkých osob jedince, který je geneticky předurčen k neustálému rozvoji svých vrozených potencialit, je nutné charakterizovat centrální pojem osobnost.

O tento úkol se snaží odborníci pomocí nepřehledného množství definic, které jsou současně kategorií psychologickou, pedagogickou, sociologickou a filozofickou. Zdá se téměř nemožné vymezit tento nesmírně široký a mnohoúrovňový termín jednotně, neboť se vyvíjel ve zájemně odlišných pojetích určených školou nebo teoretickými východisky. Již v roce 1937 uvedl G. W. Allport padesát rozdílných definic osobnosti a sám ji charakterizoval jako „dynamickou organizaci těch psychofyzických systémů individua, které determinují jeho jedinečné přizpůsobení se svému prostředí“ (Allport, 1960, str. 48). Jeho definice vyzdvihuje neustálou adaptaci a vývoj jedince ve stále se měnících podmínkách.

Této definici je blízké pojetí osobnosti dle M. Nakonečného, podle něhož je osobnost: „...organizovaný, dynamický a interindividuálně odlišný celek psychofyzických dispozic, determinující průběh a projevy psychických procesů“ (Nakonečný, 1997b, str. 12) a je tedy pojímána jako: „deskriptivní a explanační pojem pro duševní život člověka, který funguje jako celek a který spoluurčuje jeho vnější projevy v chování i prožívání“ (Nakonečný, 1997a, str. 142). Důraz na chování klade ve své definici osobnosti např. H. J. Eysenck popisující osobnost jako „součet skutečných nebo možných vzorců chování organismu, které jsou stanoveny dědičností a prostředím a rozvíjí se prostřednictvím funkční interakce čtyř hlavních oblastí, ve kterých jsou organizovány tyto vzory chování: kognitivní, konativní, afektivní a somatické“ (Eysenck, 1961, str. 25).

P. Říčan v knize Psychologie osobnosti vlastní definici neformuluje (Říčan, 2007), ale přiklání se k definici osobnosti V. Smékala, jehož vymezení pojmu se týká geneze a funkce osobnosti: „Osobnost je individualizovaný systém (integrace) psychických procesů, stavů a vlastností, které vznikají jednak socializací (působením výchovy a prostředí), jednak přetvářením vrozených vnitřních podmínek bytí člověka a determinují a řídí předmětné činnosti jedince, jeho sociální styky a duchovní vztahy“ (Smékal, 2004, str. 27).

Je zřejmé, že i přes bohatá vymezení a členění pojmu osobnost je společnou snahou odborníků co nejpřesněji postihnout daného termínu. P. Říčan se zamýšlí nad pluralitou definic a připomíná, že úkolem definic není popsat veškerou skutečnost, ale pouze to, co autor považuje za nejdůležitější (Říčan, 2007). Naším záměrem bylo pouhé přiblížení problematiky spojené s tak rozmanitým pojmem, jakým osobnost bezpochyby je. Než zcela opustíme tuto úvodní část, rádi bychom na závěr představili

opačný pól našich úvah, ktoré nesměřujú k odlišnostem, nýbrž k určitému souhrnu charakteristik, jež jsou společné naprosté většině definic osobnosti.

Pohled na osobnost v rámci PBSP probíhá na základě nalézání obecně platných zákonitostí v rámci nomotetického přístupu. A. Pessa a D. Boyden, podobně jako např. J. Piaget, vycházeli z důkladného a citlivého zkoumání okolí, a později své závěry z pozorování začali ověřovat v praxi a podrobovat analýze a následně komparaci s psychologickými teoriemi. PBSP jako terapeutický směr nemá ambice definovat veškeré užívané pojmy v jeho teorii, přesto je však zřejmé, že mu tato oblast psychologie není vzdálená.

Charakteristika osobnosti jedince kvalitami fyzikálně-biologicky-psychosociálně-duchovními dle A. Pessa a D. Boyden koresponduje s definicí osobnosti dle Evropské asociace pro body-psychotherapii (European association for body-psychotherapy, 2010, Pessa, 1999). Osobnost není specifikovaná jako neměnný souhrn rysů jedince, naopak je vyzdvížen její dynamický proces v interakci s prostředím. Vzájemná interakce jedince s okolním světem je nezbytná pro reprodukci života i života druhu a probíhá na úrovni fyziologické (metabolické) a psychologické, jak charakterizoval ve své teorii kognitivního vývoje např. J. Piaget, stejně jako autoři teorie PBSP (Piaget, 2001). Psychologická interakce obsahuje výměnu informací, emocí, zabývá se pohybem v prostoru apod. Existuje též vymezení interakce behaviorální (pohyb v prostředí) a neuropsychické (řízení chování na základě příjmu a zpracování informací z vnitřního a vnějšího prostředí organismu).

Vývojově nejvyšší funkce v regulaci těchto vztahů připadá psychice. Adaptaci na životní podmínky okolí napomáhají biologicky účelné funkce psychiky, mezi něž patří instinkty, způsobilost učení, vnímání apod. Osobnost se jeví jako aktuální „výsledek“ dané situace, v níž se jedinec nachází. Životní podmínky a sociální vztahy se v prožívání a jednání individua interiorizují a vznikající jednotky osobnosti se ve vývoji pod vlivem přicházejících podnětů a situací diferencují, integrují, modifikují a individualizují jako způsoby nazírání (kognitivní schémata) a jednání (akční schémata). V tomto smyslu se osobnost rozvíjí socializací, spiritualizací a individuací (Pessa, 1999). Není statickým obrazem určitých charakteristik, ale podobiznou člověka směřující k naplnění svých geneticky daných možností. V rámci tohoto směřování lze pozorovat, jak se člověk stává sám sebou, jak získává kontrolu nad sebou samým a úměrně tomu, jak se vědomě začleňuje do společenských vztahů a vztahů k životu vůbec (Schrenker, 2008).

Pojetí osobnosti jako apriorně proměnlivé v kontextu vlastní seberealizace je známé např. gestalt terapii či na člověka zaměřeným přístupům. Podle C. R. Rogerse je jedinec ve své přirozenosti schopný pozitivního růstu (Rogers, 1998, Rogers, 2000). A. Pessa říká: „...stát se tím, kým opravdu jsme, rozvinout plně naše skutečné Já“ (Pessa, 1999) pomocí základních vývojových úkolů. Daleko přesněji by anglický překlad slovesa „rozvinout“ vystihovalo sloveso „rozvíjet“, neboť je v něm kladen důraz na stále probíhající proces vývoje, nikoli na výsledek v podobě dokonalého stavu.

Přijetí a naplnění základních vývojových úkolů je motivováno souborem vrozených nutkání v podobě očekávání. Autoři PBSP přináší kompletní seznam nutných, geneticky podmíněných životních úkolů pro co největší rozvoj vlastního potenciálu a jedinečnosti (Fischer-Bartelmann, 2005). A. Pesso vnímá dané cíle v souladu s Reichovou nadějí pro lidstvo.

Prvním úkolem je naplnění základních vývojových potřeb: potřeby místa, rodičovské péče a výživy, podpory, ochrany a limitů ve správném věku, v adekvátní kvantitě i kvalitě a se správnými osobami. Dané potřeby jsou vzájemně propojené a nejsou pojímány v hierarchickém systému, jako např. potřeby v Maslowově pyramidě potřeb (Maslow, 1987) Rozdílem je též pojetí potřeb u C. R. Rogerse (Rogers, 1998), který za ústřední hnací sílu života jedince pojímá potřebu být pozitivně přijímán druhými. Spojujícím momentem všech autorů se stává popis reality, která nám nikdy neumožňuje dokonalou saturaci, neboť se rodíme do světa, který není ideální.

Druhý úkol mluví o nutnosti integrovat a sjednotit polaritu našeho biologického a psychologického bytí - polaritu spermií a vajíček (skrz ně se ztotožnit s matčinou a otcovou historií a genetickou bankou); neurologickou polaritu (polaritu levé a pravé hemisféry); senzorio-motorickou polaritu pohybového a smyslového systému (být v souladu ve všech kombinacích vnímání a jednání); behaviorální polaritu (receptivita a reaktivita); polaritu symbolickou (polaritu mužnosti a ženskosti). Toto téma rozpracovával již C. G. Jung (Jung, 1994) podobně gestalt terapie a další. Psychomotorická terapie, obdobně jako Perlova gestalt terapie (Perls, 2004), rozumí pojetí polarit daleko volněji, nejen jako jejich pouhé spojení s archetypem.

Neustálé rozvíjení našeho vědomí je **třetím vývojovým úkolem**. Zvyšujeme tím schopnost odlišení subjektivity a objektivity, vnitřního světa prožívání a představ od reality a také podporujeme ego a vlastní identitu. A. Pesso říká: „My jsme a jsme si této existence vědomi“ (Pesso, 1997a). S těmito fenomény velice úzce souvisí rozvoj autonomie, jak jej definoval E. H. Erikson (Erikson, 2002).

Čtvrtým úkolem je rozvoj našeho „pilota“. Pojem „pilot“ je metaforou pro vědomou, koordinující, výběrovou, výkonnou funkci mozku. „Pilot je část vědomí, kde se odehrává nejvyšší míra integrace, funkcí a procesů, dostává informace o tom, co je pocíťováno (pravděpodobně, že „se“ cítíme), co je viděno (pravděpodobně, že „se“ vidíme), co je slyšeno. Pilot není jenom pozorovatelem ega, je to také vysoce rozvinutá kapacita činit rozhodnutí“ (Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009, str. 47). Jeho úkolem je rozvoj vědomého vnímání, schopnosti rozhodnout se a realizovat „dobrou“ alternativu.

Pátým úkolem je uvědomit si naši jedinečnost a rozvíjet naše potenciály. Dosáhnout tedy dospělosti a zralosti, neustále směřovat k seberealizaci, možnost být tvůrčím člověkem užitečným sobě a ostatním. Naplnit tento úkol není nutnou podmínkou přežití, ale je významně spojený s možností zažívat v životě naplnění a štěstí (Pesso, 1997b, Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009).

Mýlili bychom se, kdybychom mluvili o štěstí jako základním účelu života, neboť o štěstí zakladatelé PBSP přemýšlí pouze jako o dostupné možnosti života, jako o duchovním faktoru života, jako o naprogramovaném očekávání. Jsou přesvědčeni, že štěstí může a má být součástí života

tady na zemi. Zakódovaná „možnost a touha být v životě šťasten,“ „být naživu a předat život dál“ jsou základním účelem života každého jedince (Pesso, 1997a, Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009, Pesso, 2008, Schrenker, 2008).

OPTIMÁLNÍ VÝVOJ OSOBNOSTI

Pouze v interakci s ostatními lidmi se dítě učí definovat, kdo je a rozvíjet zdravé sebepojetí. Na základě integrovaných, adekvátních zkušeností s okolím tvaruje jedinec základ zdravé autonomie, která zahrnuje schopnost sebepečce, stejně jako schopnost utvářet v budoucnosti uspokojivé interakce a rovnováhu mezi dáváním a přijímáním. Jeho fyzický a psychosociální vývoj je formativním vlivem okolí povzbuzován k další diferenciaci či deprivaci (Fischer-Bartelmann, 2010a).

Teorie psychomotorické terapie vykresluje vývoj jedince skrz ideální interakční podmínky pro jeho růst a rozvoj, který je motivován naplňováním vývojových úkolů, saturací bazálních vývojových potřeb. Geneticky podmíněné úsilí o uspokojení bazálních lidských potřeb, jako je místo, výživa, podpora, bezpečí a limity, je základním bodem, o který se PBSP metoda při výkladu vývoje osobnosti opírá (Schrenker, Fischer-Bartelmann, 2003).

Existuje řada modelů, které nás seznamují a z různých hledisek klasifikují lidské potřeby, např. motivační teorie potřeb K. Horneyové (Horney, 2007) či H. A. Murraye (Murray, Mc Adams, 2007). Za všechny lze jmenovat nejvíce užívaný model Maslowovy hierarchie potřeb (Maslow, 1987), podle kterého jsou lidé poháněni rozvinout svůj maximální potenciál, stejně jako v teorii PBSP. Od ní se však teorie A. H. Maslowa odlišuje hierarchickým členěním, neboť A. Pesso a D. Boyden přikládají všem potřebám stejnou významnost pro rozvoj osobnosti (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009). Pouze formy sytění, fyzické a symbolické, lze vystopovat v obou teoriích. Pokud odhlédneme od různé početnosti autory vymezených druhů potřeb, výrazným rozdílem v daných modelech je úhel pohledu, ze kterých potřeby autoři specifikují. Teorie A. Maslowa se narodila od psychomotorické terapie zaměřuje na klasifikaci cílů, nikoli na prostředky jejich dosažení. Důvodem je větší univerzalita cílů, neboť prostředky mohou být kulturně specifické (Maslow, 1987).

Jedinečný pohled Pesso Boyden psychomotorické terapie na problematiku potřeb se ukrývá v propojení klasifikace cílů potřeb ve formě ideální saturace s procesuálním pohledem na motivované chování s důrazem na znalost vývojových mechanismů. Zásadní teorií v této oblasti zůstává Bowlbyho teorie attachmentu, podle které je nezbytnou podmínkou pro optimální naplňování potřeb dítěte až k dospělosti bezpečná citová vazba (Bowlby, 1997). Osvětluje nutnost adekvátních interakcí pro harmonický vývoj jedince. Nejen A. Pesso a D. Boyden v tomto duchu rozpracovávají teorii PBSP, ale i neurovědy, psychiatrie, biologie či sociologie převzaly poznatky o formujících interaktivních systémech.

Z neurobiologického hlediska přichází dítě na svět s nediferencovanou nervovou soustavou. Vývoj a zrání dětského mozku ovlivňují především sociálně emoční interakce, neboť rané vztahy ovlivňují struktury odpovědné za vývoj vnitřních reprezentací zkušeností a koherentního obrazu světa. Rodiče napomáhají splnit podmínky pro správný rozvoj všech potřebných funkcí, v genetické výbavě

jedince zakódovaných základních vývojových potřeb. Dítě musí cítit místo v tomto světě, musí být dostatečně vyživováno, nošeno a musí být definovány jeho limity (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Pesso, 1999, Siegel, 1999).

Pokud jsou potřeby a pocity dítěte uznávány, viděny, správně pojmenovávány primárními pečovateli, dítě získává zkušenosti, že jsou jeho zdravou součástí, mají své jméno, nemusí se jich bát ani je potlačovat a mají konečný rozměr a jsou schopny uspokojení.

Podoba ideální saturace potřeb vychází z genetické informace, která v sobě nese naprogramování času, míry i způsobu sycení. Pesso Boyden psychomotorická terapie tato předurčení ideální interakce shrnuje v následujících konceptech.



Obr.4 Průběh ideální interakce.

Každá potřeba má svůj *tvar a protitvar* (viz. obr. č. 4). Tělově-emoční aktivita organismu očekává specifickou, senzomotorickou, kinestetickou či verbální odpověď. Potřeba je optimálně uspokojena tou interakcí, která přesně odpoví na vnitřní touhy a která ve svém protitvaru kopíruje původní tvar (Schrenker, 2008, Schrenker, Fischer-Bartelmann, 2003). Představme si narozené dítě, kterému je zima. V případě chladu má potřeba tvar něčeho prázdného, co vyžaduje v danou chvíli naplnění teplem. Ideální reakcí, protitvarem na tento diskomfort je mezilidská interakce někoho, kdo uspokojí potřebu místa a péče v podobě hřejivé náruče. Princip tvaru a protitvaru v PBSP je vnímán jako sjednocující princip užívaný v průběhu celého života (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009).

Díky interaktivnímu charakteru má každá potřeba svého *uspokojovatele*, který je v ideálním případě schopen potřebu rozpoznat a pojmenovat a zná pozitivní způsob, jak na ni odpovědět. V raném vývoji jsou těmito uspokojovateli nejčastěji rodiče. Potvrzuje se tak hypotéza M. Kleinové, že i lidské mládě je od narození orientováno vztahově citovat. Postupem času začínají saturovat potřeby i lidé ze širšího sociálního okolí až dospěje jedinec do fáze, kdy je schopen naplňovat sám vlastní očekávání. Tato třetí úroveň sycení potřeb popisuje dosažení autonomie jedince, která je spojována s dobou vývojové zralosti mozku a vědci odhadována na 20.-25. věk života.

Vývojová psychologové nazývají poslední charakteristiku potřeby senzitivním obdobím, A. Pesso mluví o *časovém rámci*, kdy adekvátní odpověď na potřebu má přijít v optimálním věku pro ni určenou (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Pesso, 1997a).

Teorie Pesso Boyden psychomotorické teorie rozpracovává koncept saturace potřeb ve třech základních kvalitách. První uspokojení probíhá nejprve zcela konkrétně, dotykem, kontaktem a materiálním sycením, např. v matčině děloze, v náručí rodičů, u láhve s mlékem, při bezpečném, hřejivém, limitujícím objetí rodičů. Skutečné uspokojení v sobě zahrnuje smyslové, fyzické,

emocionální i neurologické aspekty, které se ukládají jako soudržný obraz zkušenosti (Pesso, 1997a, Schrenker, 2008).

V pozdějším věku zažívají děti zkušenosti symbolického charakteru a stále důležitější roli má tzv. „emocionální potrava“ zprostředkovaná prostřednictvím jazyka a nonverbálními signály v podobě lásky a uznání svých rodičů a ostatních opatrovníků z jejich sociálního prostředí (Pesso, 1997a). Rodiče jim poskytují na symbolické rovině slova lásky i útěchy, podporují jejich snahu, schopnosti a zájmy, krmí je pozorností i informacemi, sytí jejich sebedůvěru, ochraňují jejich práva a pomáhají objevovat jejich vlastní možnosti a meze a také to, co smí a co není vhodné.

Když jsou tyto zkušenosti integrovány egem, objevuje se třetí fáze a dítě může začít věřit, že je schopno se postarat o své vlastní potřeby. Postupně se je naučí uspokojovat autonomně. Následkem internalizované adekvátní péče se naučí jedinec jednak uspokojovat své vlastní touhy a cítit se doslova „doma“ se sebou samým, a v dospělém věku je schopen saturovat potřeby svých dětí a blízkých lidí. Jinými slovy má pro sebe místo v mysli a srdci, živí sebe svými vlastními silami, podporuje se a chrání, limituje sám sebe ve vlastním zájmu i zájmy společnosti (Pesso, 1999, Perquin, 2010, Perquin, Rehwinkel, 1999, Schrenker, 2008). A. Pesso předpokládá, že člověk nemůže být skutečně autonomní, neprošel-li předchozími etapami syčení potřeb (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009). Tento pohled koresponduje např. s názorem S. Freuda či J. Bowlbyho, podle nichž se vztahy vyvíjí od závislosti ke spoléhání na sebe samého, od egocentričnosti směrem k okolí (Bowlby, Ainsworth, 1965, Mitchell, Blacková, 1999).

V následující části mějme na paměti, že nikdo z nás nezažívá stoprocentně uspokojivé podmínky v průběhu života. Předložený koncept ideální saturace neznačí reálný výsledek našeho vývoje, ale vývoj směřování našich geneticky daných očekávání. V tomto smyslu zde předkládáme jakýsi hypotetický konstrukt dokonalého bytí na zemi ve smyslu adekvátního vývoje, který nám může napomoci porozumět obecné rovině daného tématu. Optimální rozvoj lidské bytosti je v PBSP definován pomocí ideálního stavu. Tato skutečnost úzce souvisí s praktickým rámcem psychomotorické terapie a kategorií ideálních rodičů jako terapeutického konstruktu pro hojení nedostatečně syčených potřeb z dětství.

Koncept potřeb PBSP je rozmanitý a obsáhlý a zaměření naší práce nám dovoluje tuto oblast pouze nastínit. Z tohoto důvodu se odvoláváme na další zdroje informací, především zahraniční publikace a oficiální webové stránky PBSP (www.pbsp.com).

POTŘEBA MÍSTA

O této nejzákladnější potřebě mluví autoři jako o základním obyvatelném, vlídném a vstřícném prostoru pro život každého z nás. Na potřebu místa lze pohlížet jako na proces nalézání místa ve dvou vesmírech, ve fyzickém světě a světě myšlení. Rodiče, kteří poskytují dítěti adekvátní místo v životě, doslovně v děloze matky, později v jejich náručí a v jejich domě, a také symbolicky v jejich vlastním životě, v jejich srdcích, myslích i očích, mu umožňují cítit se vítaný v životě a mít základní důvěru v to, že svět je dobré místo (Lucká, Koblíř, 2003b, Pesso, 1990b).

Tato opakující se zkušenost dává dítěti hluboký pocit lásky a sounáležitosti a odtud se též odvíjí naše identita a rozvíjí autonomie.

POTŘEBA VÝŽIVY, KRMENÍ

Jedinec, který byl sycen pomocí pupeční šňůry, po narození kojen z prsu matky, poté krmen jídlem a na symbolické rovině dostával od svých rodičů mnoho pozornosti, lásky, ocenění, ale i potřebných informací, učení, doteků, má schopnost cítit se plný. Plný není pouze ve smyslu fyzické plnosti, ale cítí pocit nasycení i po stránce emocionální. Syčení pomáhá zažívat lidem první zkušenost se sebou samým, pomáhá tvořit sebeúctu, sebelásku a nesebekritičnost (Lucká, Koblíř, 2004c, Schrenker, 2008).

POTŘEBA PODPORY

Důsledkem výchovy podporujících rodičů, kteří v pravém slova smyslu dítě drželi, chovali a nenechali jej upadnout ani se poranit; na symbolické rovině rozvíjeli a podporovali jeho zájmy, sebedůvěru, samostatnost, je aktivní jedinec, který umí užívat svoji sílu a citlivost pro dobré účely. Rodiče dětem říkají: „Jsem tu, když mě budeš potřebovat! Stojím za tebou! Drž se!“ Adekvátní integrace fyzické a symbolické úrovně umožňuje jedinci později zvládat náročné situace a vyhledávat pomocné zdroje pro řešení obtížných situací (Lucká, Koblíř, 2003c, Schrenker, 2010).

POTŘEBA BEZPEČÍ

Je na rodičích, aby ukázali a umožnili setkání dítěte se světem v bezpečné podobě. Protože se dítě rodí jako bezmocné proti všem silám, je nutné, aby mělo štít proti nebezpečí, ochranu v podobě blízkých lidí. Dítě, které nebylo vystaveno žádným konkrétním ani symbolickým ohrožujícím podnětům, byla ochráněna jeho práva, bylo odděleno od všech škodlivých tlaků zvenčí, získává pocit jistoty a důvěry v bezpečné vztahy a bezpečný svět, je chráněno, i když není s rodiči (Lucká, Koblíř, 2004a). Dítě se naučí vlastními prostředky bránit proti bezpráví i proti fyzickému ohrožení.

POTŘEBA LIMITŮ

Na rozdíl od předchozích potřeb, které vyjadřovaly obsah, potřeba limitu v sobě nese otázku formy. Stává se mírou toho, kdy uspokojování probíhá adekvátně a kdy se objevuje deficit nedostatku či přebytku. Dítě má kapacitu a možnost přímo a aktivně ovlivňovat svět pomocí dvou vrozených základních sil, silou tvořit a silou ničit. Rodiče, kteří milují své dítě, limitují adekvátním způsobem jeho agresivní a sexuální impulzy, nedávají prostor „neomezeným chutím a požadavkům,“ přijímají jeho sílu s porozuměním a respektem, umožňují mu rozvíjet jeho veškerý potenciál beze strachu před velikostí vlastní či cizí energie. Dítě rozvíjí sebeovládání, rovnováhu a vlastní autonomii (Boyden, Pessoa, Vrtbová, 2009, Fischer-Bartelmann, 2006, Lucká, Koblíř, 2004b).

Bazální spokojenost v interakcích fyzické i symbolické kvality zajišťuje, aby všechny tyto zkušenosti byly integrovány do ega a aby se uložily v naší individuální paměti. Dítě se učí model primárního pečovatele a dostává potvrzení o dobrém způsobu bytí. Je zřejmé, že tyto rané interakce

mají zásadní význam pro celou organizaci naší osobnostní struktury. Vhodný a stabilní rodičovský systém definuje oblast citlivosti našeho smyslového vnímání, příjem a zpracování informací, důvěru ve vlastní seberegulační schopnosti, které jsou součástí sebeuvědomění, podporují autonomii (lidé jsou schopni odložit aktuální uspokojení potřeby) a pozitivní kvality a stabilitu naší sebeúcty, nikoliv skrz potlačení našich potřeb a emocí (Pesso, 2004, Schrenker, Fischer- Bartelmann, 2003). Napomáhají vývoji osobnosti ve smyslu její diferenciaci a integraci, přirozeně vedou k úspěšnému zrání a individuaci ještě předtím, než je jedinec schopen dosáhnout generativní fáze života.

DÚSLEDKY NEADEKVÁTNÍCH INTERAKCÍ VE VÝVOJI OSOBNOSTI

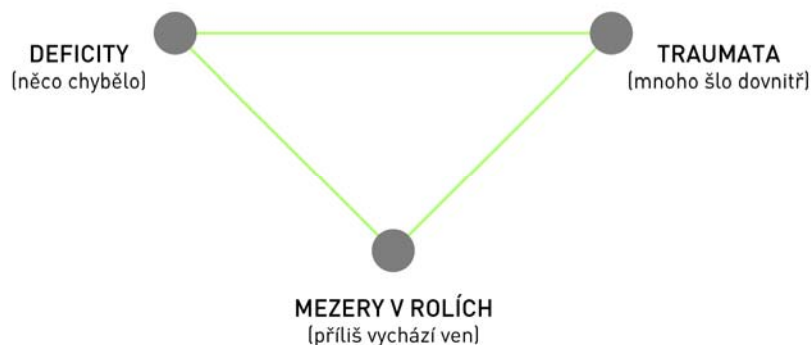
V předchozí části bylo představeno pět bazálních potřeb způsobem, který není možno v této podobě v každodenní realitě dosáhnout. Nemusíme se obávat, že se děti budou rozvíjet do hlubokého postižení, pokud nebudeme jako rodiče splňovat kritéria ve všech oblastech (Schrenker, 2008). Lidský druh je vybaven neuvěřitelnou variabilitou a přizpůsobivostí, což napomáhá překonávat nedokonalé podmínky vývoje.

Pokud nenastane interakce ve správnou dobu a v adekvátní kvalitě se správnými lidmi, může vzniknout mnoho možností poruch, od slabých až po velmi vážné, od méně optimálních až po traumatické. Ublížení na základě těchto zkušeností jsou zdrojem našich explicitních a implicitních vzpomínek a záznamů i formulací, jak jsme žili a jak žít ve světě (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Pesso, 2004).

Neuspokojení základních potřeb dovede člověk kompenzovat, jinou otázkou i nadále zůstává odraz těchto zkušeností v osobnosti jedince (Fischer-Bartelmann, 2005). Dítě je schopno vyhledávat náhradní objekty za původní podobu svých potřeb a tím podněty překrýt jinou stimulací. V případě konkrétních potřeb jsou tyto stimulace omezené a souvisí s otázkou přežití, např. cucání vlastního palce místo prsa s mlékem není dlouhodobě úspěšným řešením. Nedostatečnému uspokojování potřeb symbolické kvality se jedinec přizpůsobuje déle, v podobě různé míry potlačení aspektů pravého Já (duše). Vznikají tak rozmanité obranné mechanismy, jejichž funkci jako první zmínil S. Freud, ale až jeho dcera A. Freudová je systematicky popsala (Freud, 2006).

Když je pravé Já nuceno existovat ve skryté formě, „...neskrývá se jenom před vnějším světem, ale také před vědomím osoby, která je nositelkou oné duše. Taková osoba musí žít dvojitý život. Vevnitř se cítí určitým způsobem a vně jedná jinak“ (Sedláková, 2003, str. 66).

Na obrázku č. 5 vykresluje tři základní podoby narušeného optimálního vývoje: *deficitní* (jedincovy potřeby nejsou syceny ve správném věku, rozsahu, s adekvátními vztahovými postavami), *traumatická* (bylo přítomno mnoho nelimitovaných zážitků, které jedinec integroval), podoba nazývaná „*mezery v rolích*“ (jedinec sytil potřeby druhých lidí, místo aby byly satureovány jeho vlastní).



Obr. 5. Důsledky neadekvátního sycení potřeb.

Výsledkem tohoto narušeného vývojového procesu je odpovídající dysfunkce ega, při které ego selhalo v poskytování adekvátního místa, péče, podpory, bezpečí a limitů. Pro jeho nedostatečný vývoj dochází k narušení sebedůvěry, sebepřijetí a tlak vzpomínek neuspokojených potřeb ovlivňuje rozvoj a funkci našeho vnímání, prožívání a chování v přítomnosti (Perquin, 2010, Pesso, 1997a). Nastává snižování naděje na naplnění budoucích životních úkolů. Držení těla, výraz tváře, motorická aktivita, fyzické symptomy a jiné tělesné stížnosti ukazují na současnou existenci psychologického konfliktu z minulosti, nenaplněné potřeby a traumatické zážitky (Sedláková, 2003).

Jak konkrétně vznikají a na vývoji jedince se tyto důsledky neadekvátní interakce projevují?

DEFICITNÍ

Deficitní situace (viz. obr. č. 6) v níž tvar a protitvar, neboli reakce a odpověď není komplementární, poukazuje na formu neadekvátně probíhajícího vzájemného kontaktu mezi dvěma jedinci, který značí absenci „něčeho“.



Obr. 6 Průběh neadekvátní interakce deficitní.

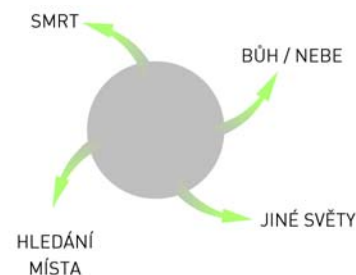
V tomto smyslu termín „deficitní“ je chápán široce jako *nedostatek* adekvátní interakční kvality a kvantity. Tím je zahrnuta do deficitní saturace potřeb jak charakteristika strádání, tak přebytku, jejichž výsledkem jsou pocity frustrace, bezmoci, nudy apod. S tím úzce souvisí i problematika rizikového chování, jako je zneužívání drog, agresivita, šikanování, promiskuita apod.

Podívejme se na případ kojence, který svým křikem přivolává matku, protože má hlad. Pokud je krměn málo a nebo naopak překrmován, míra množství jídla není optimální. Může ale také nastat situace, kdy jej rodiče krmí jídlem, které není určeno jeho věku. Jiný příklad nekvalitního sycení

symbolizuje stav, kdy si matka hraje s dítětem nebo jej přebaluje, místo aby ho nakrmila, kdy dítě pláče z jiných důvodů, než jaké matka vyrozuměla (Schrenker, Bartelmann, 2003).

DEFICITY POTŘEBY MÍSTA

Neprocházíme-li zdárným vývojem a neneseme-li si do života zprávu, že jsme obklopováni životodárným prostředím, doprovází nás absence pocitu být „doma“ ve svém těle a mysli, absence pocitu mít plné právo na existenci a snížená schopnost nacházet si uspokojivé místo mezi ostatními lidmi.

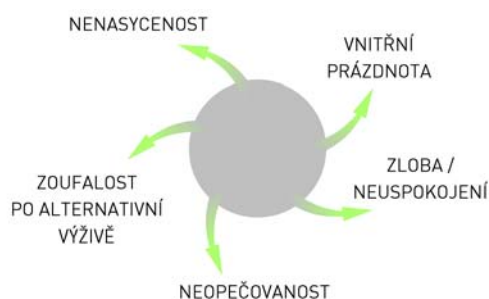


Obr. 7 Deficit potřeby místa.

Nedostatek uspokojení této základní potřeby mohl vzniknout např. v důsledku mnohočetnosti dětí v rodinném systému, dlouhodobé nepřítomnosti matky v důsledku nemoci či poporodní péče, odmítáním minorit majoritní společností, ale i působením přírodní katastrofy. Mezi možné příznaky narušené saturace potřeby místa patří: neukojitelná touha někam patřit, únik do jiných světů (k Bohu, k myšlenkám o posmrtném životě, do přírody apod.), skrytá i zjevná touha po smrti a také poruchy energie v podobě hyper či hypoaktivity (viz. obr. č. 7) (Fischer-Bartelmann, 2005, Lucká, Koblí, 2003b).

DEFICITY POTŘEBY VÝŽIVY

Do linie syčení péčí patří veškerá citlivá, láskyplná, něžná starost, povídání, dotýkání se, hraní, vzdělávání se či zábava. Nedostatek potravin, informací, zájmu a mezilidského kontaktu vytváří pocit vnitřní prázdnoty, prožitky nudy, hněvu, nespokojenosti, bezmezných chtivostí a zoufalého hledání trvalého alternativního jídla.



Obr. 8 Deficit potřeby výživy.

Když tito jedinci nezažívají svět jako pečující místo a nedostává se jim pocit vnitřního uspokojení, zaplňují svůj vnitřní prostor toxicky a chybějící zážitky nahrazují autostimulací, různými druhy závislostí, jako závislost na alkoholu, automatech, drogách, ale i na vztazích, na utrpení, na pomáhání ostatním, na vděčnosti či na uznání (viz. obr. č. 8). Zároveň mají opakované obtíže říci si o péči, nebo o ni volají neobratným způsobem (Fischer-Bartelmann, 2005, Lucká, Koblíček, 2004c).

DEFICIT POTŘEBY PODPORY

Mít se o koho opřít, mít někoho, kdo se nás zastane či povzbudí, na tělesné rovině cítit „pevnou půdu pod nohama“, mít pocit vnitřní stability ukazuje na adekvátní podporu v průběhu života. Když nás rodiče nenosili, nehoupali, neříkali: „Stojíme za tebou, držíme ti palce“, neukazovali, jak hledat konstruktivní řešení problémů, jak nacházet zdroje v náročné životní situaci a jak se vyrovnávat ze ztrátou, potýkáme s nejrůznějšími obtížemi v životě.



Obr. 9 Deficit potřeby podpory.

Díky nedostatečné podpoře a rozvoji našeho nadání a jedinečnosti vznikají pocity nejistoty a pochybnosti o nás samých, o našich dovednostech a schopnostech. Stává se pro nás obtížné požádat o pomoc a této pomoci a změně důvěřovat. Často pak jedinci spoléhají sami na sebe, neboť jim nedává smysl obracet se na ostatní a hledat sociální útočiště. Zkušenost ukázala, jak schopnost „držet“ úzce souvisí se svalovým tonem. Neschopnost přijímat podporu se může promítnout až do vzniku krize a vyčerpání a energetického kolapsu. Tento stav může být doprovázen nočními můrami o padání do prázdna, tendencí k pádům a poranění končetin (viz. obr. č. 9). Odtud se také rodí predispozice k pozdější snaze manipulovat a zneužívat nebo být zneužíván a manipulován (Fischer-Bartelmann, 2005, Lucká, Koblíček, 2003c).

Stejný vzorec chování vykazují i děti rodičů, kteří je v rámci své péče přehltili podporou a neposkytli jim dostatek autonomie.

DEFICIT POTŘEBY BEZPEČÍ

V průběhu vývoje potřebujeme kolem sebe lidi, kteří by nás chránili před škodlivými vlivy z vnějšku (chlad, zlý pes, nebezpečný člověk aj.) a bdělé rodiče, abychom z nedostatku zkušeností neublížili sobě či ostatním. O potřebě bezpečí mluvila již K. Horneyová, pro niž je tato potřeba a potřeba satisfakce základní pro období dětství.

Úkolem rodičů je ukazovat a umožňovat dítěti setkání se světem bezpečně: rozlišovat bezpečné od nebezpečného, později nebezpečné věci, prostor, či i vztahy prozkoumávat bezpečným způsobem, učit se adekvátně sdělovat a přijímat očekávání, učit se chránit a říkat NE sebe i své potomky.



Obr. 10 Deficit potřeby bezpečí.

Postrádáme-li sycení potřeby bezpečí, cítíme se ve svém životě zranitelní, bezmocní, přecitlivělí a poddaní. Často se ocitáme v nebezpečných kontaktech a přicházíme k různým zraněním (viz. obr. č. 10). Tato potřeba je dávana do kontextu s traumatizací a je zásadní v problematice týrání a zneužívání (Fischer-Bartelmann, 2005). To nemusí mít podobu pouze fyzického, nerespektujícího zacházení, ale autoři PBSP mluví též o „kognitivním zneužívání“. Jedná se o zmatené rozumění sobě a světu, když např. rodiče užívají větu: „Nedělej to, nebo umřu“. Y. Lucká a L. Koblíř tento princip ukazují též na ideologiích, které implantují různá přesvědčení a tím znásilňují lidské myšlení (Lucká, Koblíř, 2004a).

Základní potřeba bezpečí je tedy zásadním problémem pro traumatizované klienty, neboť v době působení traumatogenního podnětu nebyl nikdo, kdo by poskytl ochranu klientovi před zdrojem ohrožení. Když lidé zažijí traumatické zranění, netrpí pouze fyzicky a psychicky, ale je hluboce zasažen i smysl pro spravedlnost. Často pak lidé pokládají otázku „proč“ (Schrenker, 2010).

DEFICIT POTŘEBY LIMITU

Potřeba limitů je univerzálním principem ve světě i ve vývoji člověka. Limity dávají formu projevům dětských emocí a chování. Z hlediska času charakterizují začátek (narození), stejně jako konec (smrt) našeho bytí. Naše kůže je definována jako hranice našeho těla a vymezení naší existence. Napomáhá nám tak definovat, co je vně a co je uvnitř, úzce souvisí s naší samostatností.

Každé dítě se rodí na svět s geneticky danou silou ničit (agresivitou) a silou tvořit (sexualitou), pomocí nichž má schopnost reagovat na vnější svět, má na něj vliv a zároveň je jím samo ovlivňováno. Když si rodiče neporadí s těmito silami a stanou se pro ně ve výchově nezvladatelné, jedinec se začne cítit neomezený, nekonečný, nelimitovaný a stává se ve svém myšlení jediným, všemohoucím a tím, kdo nepotřebuje druhé lidi k životu a na nikom mu nezáleží (Lucká, Koblíř, 2004b, Schrenker, 2008).



Obr.11 Deficit potřeby limitu.

Pro výchovu je tedy nezbytné, aby dítě pociťovalo ohraničenost bezpečného místa a pevné, citlivé objetí, jak popisuje již J. Prekopová (Prekopová, 2000). Úkolem rodičů je představovat svět, kde věci mají svůj začátek a svůj konec, co je zakázané a co je povolené a že naše utrpení není bezedné, ani že nás emoce nepohltní.

Nedostatkem vnějších limitů vzniká na jednom pólu neúměrná sebekontrola a snaha po konformitě, na druhém absence kontroly (viz. obr. č. 11). Dítě jedná navenek buď destruktivně a promiskuitně, nebo jeho strach z nebezpečí, které je vyvoláno nekonečností těchto sil, způsobuje zadržování sil uvnitř jeho. Dítě je obrácí proti sobě a výsledkem může být až sebevražedné chování. Z obou způsobů směřování energie pramení pocity viny a zvýšená míra úzkostnosti (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Fischer-Bartelmann, 2005, Lucká, Koblíř, 2004b).

Možnost jak přežít tyto pocity a trápení je pomocí obranných mechanismů. Malé děti se často chrání spánkem, somatizací či únikem do světa fantazie, starší děti a dospělí mají k dispozici regresi, disociaci, izolaci a další formy této ochrany.

Významnou situací ve výchově, která vzbuzuje v dětech chaos, neklid, agresivitu a vede k opakovanému vyhledávání jasnější hranice, je nejednoznačné poskytování hranic rodiči. „Nebreč, přestaň, mně z tebe praskne hlava....“ jsou pokyny, kterým děti rozumí nepřesně. Nejednoznačnost zde dělá sdělení ve formě trestu, represe, nebo komentáře, které dostatečně neodděluje chování od emocí (Lucká, Koblíř, 2004b). Na rozdíl od trestání zahrnuje poskytování limitu způsob projevu a vztahu k dítěti, při kterém akceptujeme emoci dítěte, avšak pevně a laskavě zastavujeme neadekvátní formu ohrožujícího chování.

A. Pesso a D. Boyden kladou velkou váhu zážitku uspokojení této potřeby, neboť hraje jednu z hlavních rolí při setkání s náročnou životní situací.

Problematika deprivace je po dlouhou dobu rozpracovávána na poli psychologie české i světové. Za všechny autory uvádíme jako příklad Z. Matějčka, pod jehož laskavými rukama prošlo tisíce dětí, nejčastěji z dětských domovů, ale i z dysfunkčních rodin i dětí zcela zdravých. K fenoménu psychické deprivace říká následující: „...už od nejútlejšího dětství až do dospělosti by se mělo člověku dostat přiměřených podnětů citových i smyslových, neměl by být jimi ani přesycován, ani podvyživen, ani zásobován příliš jednostranně“ (Matějček, 2005, str. 178). Důležité si je uvědomit, že nebezpečí

deficitních potřeb se netýká pouze jedince samotného, ale může být zásadní pro duševní vývoj příštích generací (Matějček, 2005).

Deficity potřeb tvoří v Pesso Boyden psychomotorické terapii důležitou teoretickou základnu nejen pro pochopení vývoje jedince, ale především pro terapeutickou práci. V rámci PBSP se tyto nedostatečné zkušenosti s pozitivní interakcí naplňují v symbolické scéně antidota za pomoci ideálních postav, nejčastěji ideálních rodičů. Budeme-li vědět, co se nedostávalo klientovi v jeho historii, pak máme informace nezbytné pro navržení ideálních postav (Fischer-Bartelmann, 2005).

Kategorie ideálních rodičů vychází z úvah A. Pessa o genetické struktuře jedince, kde jsou dány kvality ideálních příbuzenských vztahů. Jednotlivé ideální postavy, ideální matka, ideální otec, ideální sourozenci apod., mají určité vlastnosti, které se jeví být univerzálními, očekávanými a často archetypálními. Jejich funkcí ve struktuře je ztvárnění ideálních interakcí v určité fázi vývoje klienta, které vedou k naplnění základních potřeb dítěte, k rozvoji jedinečnosti klienta a pomáhají mu sjednotit polaritu života (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Kneip, 2005).

MEZERY V ROLÍCH

Nedílnou součástí teorie Pesso Boyden psychomotorické terapie tvoří popis duševního potenciálu rozvoje osobnosti, se kterým se každé dítě rodí v podobě genetické paměti. Co je nové, je předpoklad, že tato genetická paměť neobsahuje pouze znalost vývojových potřeb a podmínky k jejich naplnění, ale předpokládá, že existuje vrozená „gramatika rodinných vztahů“, stejně jako je vrozená gramatická struktura, predispozice pro osvojování jazyka. Podle A. Pessa máme zabudované vnitřní modely, s jejichž pomocí umíme intuitivně rozpoznat a reagovat na určité příbuzenské vztahy (Pesso, 2003). Neseme v sobě vrozený potenciál funkcí všech příbuzenských kategorií, vnitřní znalost toho, jak má vypadat role matky, otce, sestřenice apod., ale i jakým způsobem lze tyto role naplnit (Fischer-Bartelmann, Roth-Bilz, 2004).

Podobně jako u základních vývojových potřeb je také u jednotlivých příbuzenských rolí k dispozici vrozený časový rozměr. Evolučně vzato, dítě je na počátku svého vývoje v roli syna či dcery, vnuka či vnučky, sestry či bratra, sestřenice či bratrance. Až v dospělém věku má roli manžela či manželky, otce či matky, později roli prarodiče atd. (Fischer-Bartelmann, Roth-Bilz, 2004).

Prázdná místa v naší rodinné, etnické nebo duchovně-náboženské síti jsou v PBSP nazývána specifickým termínem „mezery v rolích“. Nebezpečím se stává, když malé dítě slyší příběhy, kde byli vlastní rodiče zraněni či odmítáni, např. pobyt prarodičů v koncentračním táboře, příběh o smrti manžela matky apod. Objevuje se u něj nevědomé přání, aby se jeho rodičům dostalo lepší péče. Pokud se tak děje dlouhodobě, snižuje se schopnost dítěte přijímat to, co potřebuje, neboť poskytuje příliš mnoho svého porozumění, lásky, zájmu atd. Jinými slovy pečuje o ostatní na úkor svého vlastního vývoje. Předčasně rozvine empatii a soucit s ostatními a zalíbí se mu postavení toho, kdo pomáhá. Vstoupí do příběhu a zaplní ten prázdný prostor sám sebou, stane se ze soucitu partnerem své matce a tato „partnerská část“ žijící uvnitř dítěte mu ubírá energii.

Hnací silou procesu plnění mezer v rolích je mimo soucitu také skrytá víra, že zaplněním mezer v rolích se budou moci rodiče konečně postarat o dítě samotné (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Pessa, 2003, Pessa, 2009a).

Tento fenomén starání se o druhé popisuje také např. K. Kopřiva (Kopřiva, 1994). Nevnímá jej však jako odraz soucitu či přání sycení potřeb, ale jako učící proces vycházející z dynamiky rodinných vztahů, kdy se dítě stává rodičem svých rodičů.

V dlouhodobém horizontu dítě investuje energii do druhých místo uspokojení svých vlastních potřeb. Je ohroženo rychlým vyčerpáním energetických zásob a snižuje se jeho receptivita, schopnosti přijímat péči a starat se o naplnění svých potřeb (Fischer-Bartelmann, Roth-Bilz, 2004).

Jiným důsledkem plnění mezer v rolích je podle A. Pessa vznik tzv. archaického, nadlidského, mesiášského charakteru (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009). Pokud je pečující systém dítěte probuzen k aktivitě příliš brzy, dříve než je jedinec dospělý, dostatečně zralý, schopný správným způsobem reagovat a pomáhat podle svých možností, dojde k přílišnému a neomezenému rozvoji „malého zachránce“. Dítě „zachraňuje“ svoji matku a internalizuje tuto zkušenost jako vlastní všemohoucnost. „Jsem jediný, kdo může spasit svět“ (Fischer-Bartelmann, Roth-Bilz, 2004).

Syndrom zachránce je v literatuře běžný a často zmiňovaný v kontextu s pomáhajícími profesemi. Pozitivní emoce vyplývající ze satisfakce být potřebný a pečující je pro lidi se záchranářským syndromem motivující, a v tom je ukryto nebezpečí zacyklení. Pokud se jedinec bude cítit hodnotný v roli dávajícího, nebude schopen cokoli přijmout, protože by to pro něho znamenalo vědomé snížení jeho sebehodnoty a ztrátu kontroly nad situací (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Lucká, Koblíček, 2004c). Je nezbytné si uvědomit, že se v tomto smyslu jedná o závislostní chování, o určitou formu úniku, která může odvrátit úzkost a strach ze setkání se sebou samým.

Základní myšlenkou v terapeutické práci se stává zaplnění „děry“ v systému odpovídajícími ideálními postavami, takovými postavami, jež v realitě chyběly a klient přebíral jejich role. Pokud byl klient po celé dětství partnerem své matce jako náhrada za jejího zemřelého manžela, pak do terapeutického prostoru vstoupí ideální partner matky ve věku, kdy přišla o skutečného muže. Tím se vrátí role zpět na místo v rodině tam, kam přísluší. Když matka dostane ideálního partnera, klient již nemusí o ni pečovat a v této fázi se může struktura řídit jeho impulzy, které by pro něj byly důvěryhodné a schopné odstranění nedostatku. Vytváří se léčivé obrazy v podobě opaku jeho historie, které může klient vidět a integrovat (Fischer-Bartelmann, 2005).

TRAUMATA

A. Pessa a D. Boyden velmi výrazně odlišují tři základní vrstvy, na které nahlíží a s nimiž zachází v terapeutickém procesu specifickým způsobem. Do této doby jsme si představili dvě z nich. První souvisela s deprivací, se situací, kdy „příliš málo vstupovalo dovnitř“. Nejnovější úroveň terapeutické práce souvisí s rodičovskými deficity a jak na tyto zjištěné deficity dítě reaguje. Zabývá se okolnostmi, kdy dítě muselo „příliš brzy dávat ven“ a bylo nutné pracovat na účincích děr

v rolích. Pokud ve vývoji jedince „příliš mnoho vstupuje dovnitř“, v terapii se zpracovávají důsledky traumatických událostí (viz. obr. č. 12) (Fischer-Bartelmann, Pesso, 1990b, Roth-Bilz, 2004).



Obr. 12 Průběh neadekvátní interakce traumatické.

„V praktickém PBSP rámci trauma znamená, že přirozený stav člověka, přirozený a vyvíjející se stav duše, byl napaden a zraněn“ (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, str. 100). Traumatický zážitek proráží obal hranice ega, narušuje se vědomá orientace a myšlení ztrácí fungující koncept sebe sama i okolního světa (Schrenker, 2008). Při traumatizaci se vzbuzují primitivní, vývojově staré, obranné reakce úniku, útoku či zamrznutí. Na jedince působí destruktivní, nekontrolovatelné síly z venku a člověk je ochromen zážitkem, který je silným, tělově-emocionálním i kognitivním vzrušením (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009).

Ztráta regulace vzniká v závislosti na působení nadlimitního podnětu a neschopností řídit probíhající stresovou reakci. Díky narušenému obalu ega se stanou nelimitované obě základní síly, ničit i tvořit. Ty mají své evoluční opodstatnění v účelu zachování života. „Výbuch agresivity může zničit predátora nebo nepřítele. Výbuch kreativity umožní vyřešit situaci neobvyklým způsobem. Výbuch sexuální síly umožňuje rychle předat život dál před smrtí jedince“ (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, str. 101).

Je viditelné, že tato událost úzce souvisí s tématem struktury základních potřeb, s ochranou a omezením, s problematikou polarit, silou a zranitelností. Pokud docházelo k traumatu v dětství a bylo neléčené, může vzniknout komplexní vývojové trauma, pro něhož je typická ztráta základních schopností seberegulace, narušení identity a meziosobních vztahů, dysregulace afektu, ztráta schopnosti rozlišovat mezi fantazií a realitou, snem a bděním. Emoce nelimitovaným způsobem zahlcují psychiku jedince a zasahují do chování jedince (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Fischer-Bartelmann, Roth-Bilz, 2004).

Traumatický zážitek nese také svůj tělový odraz v podobě spasticity a slabosti těla. Podle V. Chvály existuje tělesně zakotvené utrpení a je běžné se s ním setkat v ordinacích (Chvála, Trapková, 2004).

Terapeutická práce s následky traumatizující zkušenosti probíhá především se znalostí důležitosti saturace potřeby bezpečí a limitů (v podobě ochrany jedince a omezení vlivu traumatizujícího zážitku) a integrací polarit síly a zranitelnosti. Zvláštní důraz je kladen na integritu pilota, neboť přítomnost této vědomé řídicí složky je po celou dobu terapie nezbytným fenoménem (Fischer-Bartelmann, Pesso, 1990b, Roth-Bilz, 2004).

Jakým detailnějším způsobem nahlíží na genezi traumatu a jeho terapii autoři Pesso Boyden psychomotorické terapie uvedeme v kapitole o traumatu, kde bude toto téma rozpracováno v širším a zároveň podrobnějším kontextu.

1.3 Proces PBSP a jeho psychologická charakteristika

Evropská asociace pro body-psychoterapii (EABD) shrnuje následující znaky práce psychoterapeuta, jež korespondují s psychoterapeutickým procesem PBSP. V rámci na tělo orientovaných přístupů pracuje terapeut s každou osobou jako se ztělesněním emocionálního, mentálního, sociálního a spirituálního života. Terapeut podporuje jednak samoregulační procesy a také co nejpřesnější vědomé vnímání reality. Odcizeným aspektům dané osoby dává možnost stát se vědomými, uznanými a integrovanými částmi naší osobnosti (European association for Body-psychotherapy, 2010).

Psychoterapeutický proces je zároveň místem setkání přirozeného jazyka klienta a odborného jazyka, o který terapeut opírá svoji činnost. Klient i terapeut přichází do kontaktu v tomto vymezeném prostoru, aby společně objevovali možnosti terapeutických intervencí, jejichž cílem je dovést klienta k většímu uspokojení a naplnění v jeho životě. PBSP terapeut je v roli laskavého učitele a průvodce zároveň, jehož snahou je v klientovi oslovovat sebeúdravné síly a minimalizovat závislostní vzorce.

Terapeut postupuje ve své činnosti se zřetelem na přítomné okamžiky a tím se u něho rozvíjí tzv. specifická klinická vnímavost. Podle D. N. Sterna se jedná o citlivé všímání si nenápadných jevů a událostí, zejména v oblasti nonverbální (Stern, 2008). Tento bohatý systém senzomotorických projevů, afektů, očekávání, změny v motivaci a stylů myšlení probíhá během několika sekund okamžiku „ted“ a tady“ a terapeut je zachycuje pomocí nástroje zvaného microtracking, jak uvidíme dále (Fischer-Bartelmann, 2010b). Pokud je terapeut citlivý k verbálním obsahům i k implicitní, neverbální zkušenosti, má široké spektrum možných intervencí v explicitním, verbálním stejně jako v implicitním modu. Výběr terapeutických prvků v procesu záleží na terapeutově klinické zkušenosti, intuici a stupni vyladění.

Odlišnosti mezi jednotlivými terapeutickými směry můžeme shledat jak v rozdílných intervencích tak v různé míře a formě strukturovanosti, která má zákonitý dopad na terapeutický proces. Mezi hlavní charakteristiky PBSP terapie patří vysoká míra ritualizace, logické členění terapeutického procesu a velký důraz na co největší bezpečí klienta. A. Pesso a D. Boyden ne náhodou nazvali terapeutický způsob práce „strukturou“, jenž trvá 50 minut (Moos, 2009, Pesso, 1994).

Jednou z výhod psychomotorické terapie, větší než u jiných interaktivních terapií, je, že nabízí klientům kompletní kontrolu nad svou vlastní terapeutickou zkušeností. Jiné interaktivní terapie obecně spoléhají na skupinový proces, v němž jsou účastni všichni členové skupiny, naproti tomu v PBSP má pouze jedna osoba strukturu.

Pozoruhodné na PBSP metodě je skutečnost, že umožňuje provádět hojivé kroky v symbolickém prostředí za plné, vědomé účasti klienta, nikoli ve stavu regrese či hypnózy.

Takové kroky, které nebyly dosažitelné v reálném životě. Psychomotorická terapie směřuje do minulosti klienta a léčí jeho rané afektivní zkušenosti tam, kde vznikly, v minulosti, pomocí symbolické virtuální scény (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009). V ní klienti dostávají příležitost k uspokojení tělem vyjadřovaných, svázaných potřeb a emocí v interakci s ideálními postavami (Pesso, 2004).

B. Rancourt v této souvislosti vyzdvihuje jedinečnost emocí, které dle něho „...umožňují pohlížet na naše potřeby, protože nás informují o tom, do jaké míry cítíme zklamání nebo uspokojení (Rancourt, 2008, str. 132). Emoce jsou klíčem do „dveří minulosti“, když oživují stará zranění z dětství, která by nyní mohla být vyléčena. Z tohoto důvodu jim je třeba pozorně naslouchat, jinak by je tělo vyslovovalo svými bolestmi (Rancourt, 2008).

Ve společnosti je na různé tělové symptomy, které mají podobu rozmanitých psychosomatických symptomů, pohlíženo jako na nepříjemnosti, kterých je nutné se zbavit dostupnými prostředky: léky, masážemi či lékařským zákrokem. PBSP je naopak vítá jako zdroj energie, který je možné využít k uzdravě.

PBSP metoda poskytuje klientovi vidění světa a vztahů v něm, které vznikaly v citlivých okamžicích jeho vývoje. Vytváří novou symbolickou vzpomínku vedle té skutečné z klientovy historie a ta zůstává i nadále v paměti jako obraz toho, co se stalo, namísto změny této paměťové stopy (Fischer-Bartelmann, 2006). Klientův pohled na svět skrze objektiv těchto nových symbolických vzpomínek mu umožní vidět a zažít současnost ve větší míře a s větší radostí (Kneip, 2005, Pesso, 2004). Tato zkušenost přispívá k vývoji jeho psychiky na vyspělejší a individualizovaný stav.

1. 3. 1 Představení procesu PBSP a jeho léčebných prvků

Předpokladem pro porozumění jakéhokoli psychoterapeutického směru katalyzujícího změny v prožívání a chování jedince, je představení základního teoretického rámce a principů terapeutické strategie. Pomocí obrázků a následného podrobného popisu se pokusíme přiblížit proces Pesso Boyden psychomotorické terapie, aby představa o PBSP metodě mohla být komplexnější. Text doplňujeme reálnými ukázkami z terapeutické praxe, jež jsou pro jasnější odlišení psány kurzívou.

Léčebný terapeutický proces v podobě padesátiminutového, strukturovaného, individuálního sezení ve skupině se v Pesso Boyden psychomotorické terapii nazývá **struktura**. A. Pesso ji často popisuje jako rituál ve smyslu jasně ohraničené, speciální, symbolické zkušenosti člověka, který „...může bezpečně zkoumat svoji současnost, její kořeny, svoje prožívání a jeho obsahy, a také zažít léčivou zkušenost“ (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, str. 140).

Jakožto lidem je nám vlastní kapacita pro hru se symboly, pro přeměnu kronu („hodinového času“) v kairos („očekávaný čas“), můžeme si užívat dětské zkušenosti a současně si být absolutně vědomi dospělého stavu bytí, jak se tomu děje ve struktuře (Perquin, 1994). Klient při struktuře dostává možnost cítit se svobodný a být plně účasten a spolupracovat na vytvoření nového záznamu ve své paměti (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009).

Struktura zapojuje různé časové roviny (minulost, přítomnost, kronos, kairos), různá místa, postavy z reálného života a ideální postavy. Po celou dobu je klient v aktivním, vědomém spojení s terapeutem, který mu je pozorným a poučeným průvodcem, scénografem a učitelem pro každý okamžik probíhající struktury (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009). PBSP terapeut je odpovědný za výstavbu rituálního prostoru (pozn. o rituálu se nemluví v náboženském smyslu), za průběh a organizaci terapeutického sezení, nikoli za obsah a téma práce“.

Pod vymezením psychoterapeutického působení PBSP metody může být zahrnuta jak krátká terapeutická intervence, jedno setkání, tak souhrn terapeutických zkušeností v průběhu všech sezení. Toto časové hledisko zohledňujeme při popisu PBSP procesu a následující obrázky jsou jeho ilustrací.

POHLED NA PBSP Z DLOUHODOBÉ PERSPEKTIVY

Terapeutická činnost PBSP charakterizovaná z dlouhodobější hlediska má fázi přípravnou (prestrukturální); strukturu jako vlastní terapeutickou práci; fázi dokončovací (poststrukturální) (viz. obr. č. 13).



Obr. 13 Pohled na proces PBSP z dlouhodobé perspektivy.

Jako růstový model psychoterapie přispívá PBSP k poznání, co potřebuje každý z nás pro optimální vývoj. Jednou z podmínek pro vlastní terapeutickou práci ve struktuře je schopnost tělově emoční introspekce. V prestrukturální fázi probíhají různé druhy cvičení, které se zaměřují na zvyšování citlivosti vnímání senzomotorických či emocionálních informací z těla a napomáhají klientům s přípravou na tuto specifickou formu terapeutické činnosti (Schrenker, 2008). Dalším záměrem cvičení i struktury je nabídnout klientovi takový prostor, kde může svobodně rozvíjet své vnitřní zkušenosti tak daleko, jak je to pro něho možné. Objevující se fyzické obtíže a různé symptomy jsou vítány jako zdroj cenných informací, se kterými je poté zacházeno v rámci terapeutického procesu. Cvičení poskytují jedincům příležitost poznat širokou škálu pocitů od hlubokého smutku až k nespoutané nenávisti v bezpečně ohraničeném, symbolickém kontextu cvičení, podporují udržování koheze skupiny a rozvíjí poznatek o individuálních rozdílech i univerzalitě lidských potřeb.

Ve cvičeních se nejčastěji objevuje expresivní práce, při níž klient provádí konkrétní akce a interakce se symbolickým cílem, ale i techniky, které jsou nazývané E. V. L. Smithem jako „měkké“. Klient je stavěn do různých pozic s určitým významem a tyto významy hledá v kontaktu se zaměřením na tělové prožívání. Jiným druhem základní intervence je dle daného autora tzv. „tvrdé techniky“, které se vyskytují v PBSP práci především v podobě limitujících cvičení (Smith, 2007).

Pomocí cvičení se členové skupiny učí být také herci v roli pro ostatní. Pojem hraní role (role playing) je známý především prostřednictvím psychodramatu J. L. Morena, který začlenil umění a dramatické prvky do psychotherapeutické situace (Moreno, 2005). Společným momentem je vstupování ostatních účastníků do rolí, A. Pesso však nepřijímá práci se zadanými tématy, ale vychází pouze z klientova prožívání a jeho představy, jak má probíhající interakce s hráči v rolích vypadat.

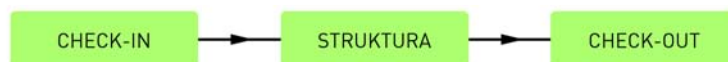
Další nepostradatelnou součástí této přípravné etapy je obohacování a propojování zážitků z cvičení teoretickým rámcem. Účastníci skupiny se učí praktickým dovednostem prostřednictvím cvičení a v rámci edukace jsou seznamováni se znalostním minimem teorie PBSP. Pozornost se zaměřuje na vědomosti o základních vývojových potřebách a formách jejich nedostatečné saturace, na informace týkající se specifických terapeutických prvků jako jsou hlasy, svědek, placeholder, ideální postavy, ale i na pravidla vymezující fungování skupiny. Edukace neprobíhá pouze před samotnou strukturou, ale tento fenomén lze nalézt ve všech fázích terapeutické práce.

Po vlastní terapeutické práci přichází poslední, poststrukturální fáze, které není v literatuře věnováno mnoho místa. Pro jedince nese tento čas mezi skupinami možnost hovořit o svých pocitech, o vlastním prožívání a myšlenkách týkající se proběhlých struktur stejně jako každodenního života. Tyto informace mohou terapeutovi sloužit pro inspiraci, jaká nabízet cvičení v následujících hodinách a kam zacílit edukaci nezbytnou pro porozumění novým věcem a souvislostem. Dalo by se říci, že se daná fáze postupem času překrývá ve svých charakteristikách s prestrukturální etapou. Z tohoto pohledu by bylo možné dlouhodobý proces vnímat jako cyklicky se střídající etapy. V tomto pohledu by více odpovídajícím grafickým znázorněním bylo kruhové vyjádření daných etap.

Tyto tři etapy mohou být přítomné jak v jednom setkání (krátkodobá perspektiva PBSP) nebo následovat v posloupnosti (dlouhodobé vymezení PBSP). Zacházet s časovou strukturou a vymezovat frekvenci setkání je v kompetenci každého terapeuta a odráží se v něm mnoho různých faktorů (zaměření skupiny, finanční, časové a jiné faktory).

POHLED NA PBSP Z KRÁTKODOBÉ PERSPEKTIVY

Pro komplexnost pohledu zde uvádíme krátkodobé členění terapeutické práce, které se vyskytuje v jednom terapeutickém sezení.



Obr. 14 Pohled na proces PBSP z krátkodobého hlediska.

Terapeutické sezení začíná „check-in kolečkem“, při němž skupina sedí v kruhu a její členové vzájemně sdílí své zkušenosti a zážitky z období mezi setkáními. Od samého počátku sezení se dodržuje princip dobrovolnosti, který se podílí na vytváření bezpečného, otevřeného prostoru. Je žádoucí, aby klient mohl hovořit pouze o tom, co má chuť a odvahu verbalizovat a aby nebyl nikým do této aktivity tlačěn. V check-inu se učí osoby obracet pozornost více ke svým pocitům a potřebám,

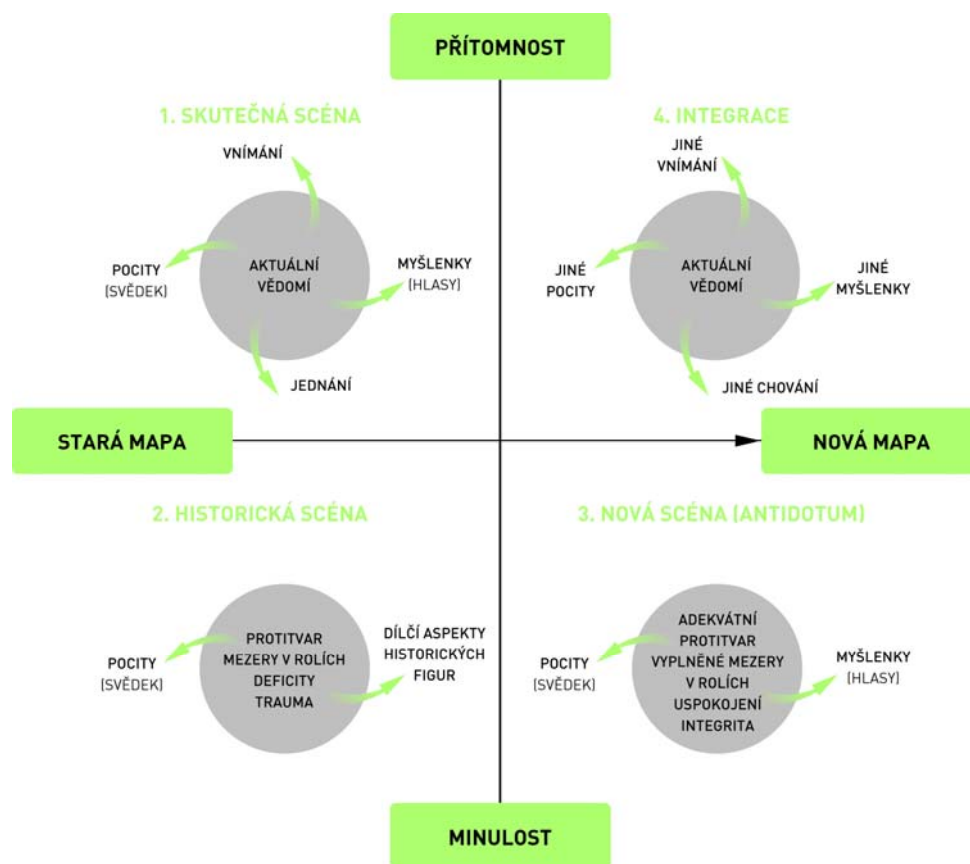
než k dokonalému převypravování příběhů. Tato etapa nepřesahuje časově deset minut a terapeut se v ní dozvídá, kdo je připraven, touží mít a nebo by potřeboval terapeutické sezení ve skupině.

Struktura začíná okamžikem, kdy se klient rozhodne, že chce pracovat na osobní záležitosti a kdy si v prostoru skupiny vybere místo, které si přeje obsadit (Schrenker, 2008). Klient tímto získává ústřední postavení ve skupině a ostatní jedinci se zaměřují především na něj a jsou odpovědní za poskytování bezpečného místa v jeho pozadí. Společná povinnost klienta a terapeuta v psychoterapeutické práci je dojít k pozitivnímu závěru, což je jasnou součástí úvodní terapeutické zakázky. Pokud struktura probíhá v bolesti, zoufalství či pocitu opuštění, je nutné opustit historickou scénu a připomenout, že existuje pozitivní řešení, hojení. V tomto ohledu je dle L. Schrenkera „...naprosto legitimní a etické integrovat s klienty od počátku tuto smlouvu, která vyžaduje klientovu vnitřní připravenost, aby pomocí pilota hledal společně s terapeutem pozitivní řešení a aby je realizoval (Schrenker, 2008, str. 196).

Po ukončení samotné struktury přichází proces zvaný shering, který je stále ještě více součástí ukončené terapeutické práce, než součástí následující check-outové etapy. Během sheringu lidé zůstávají stále na místě a netvoří počáteční kolečko. Tento proces umožňuje lidem ze skupiny dívat se na své vnitřní procesy, které je provázeli v rámci struktury, a vyjadřovat nápady, myšlenky, vzpomínky, pocity či reakce na proces. Tyto sdělované zprávy nemají interakční podobu, která by podporovala skupinovou dynamiku, ale říkají se se zaměřeným pohledem doprostřed kolečka a mluví se pouze o vlastních emocích bez hodnocení kohokoli jiného. Funkcí sheringu není formulovat zpětné vazby, analyzovat klienta nebo se s ním konfrontovat, ale jeho terapeutickou hodnotou je abreakce pocitů účastníků skupiny a ukotvení se v jejich vědomých funkcích.

V poslední fázi, check-outu, se klient navrácí do reality a terapeut klade otázky: „*Podívejte se, s čím zde sedíte na konci a s čím odcházíte domů. Máte chuť se o něco podělit? Je třeba říci, co se s vámi děje v tuto chvíli, případně zda byste něco potřebovali?* Úkolem terapeuta v této etapě je dozvědět se o celkovém stavu klientů, s jakým se navrácí do běžného dění a podpořit jejich kompetenci a zdroje pro adekvátní bytí. Jinými slovy úkolem této etapy je propojovat jedince s vlastní žitou realitou mimo prostor terapeutické skupiny.

Při vědomí a znalosti výše popsaných fází se můžeme přiblížit k charakteristice uzavřeného, ohraničeného, terapeutického procesu v Pesso Boyden psychomotorické terapii. Pro jednodušší orientaci uvádíme obrázek č. 15 mapující proces PBSP v rámci psychoterapeutického sezení, na němž jsou schematicky vyjádřeny kruhovou posloupností jednotlivé fáze vyskytující se v rámci struktury.



Obr. 15 Schéma procesu PBSP (modifikováno dle Fischer-Bartelmann, 2010a).

V souhrnném vymezení probíhá PBSP terapie následujícím způsobem. Při setkání klienta s terapeutem je úvodní činností vymezení pravidel, dohodnutí kontraktu, připravení se na společnou práci pomocí přítomné sféry možností. V momentě, kdy klient začíná vyprávět příběh a objevují se první postřehnutelné emoční výrazy na jeho obličeji nebo myšlenky odrážející jeho zvnitřněné hodnoty a přesvědčení, terapeut přichází s technikou zvané mikrotrekování v podobě užití hypotetické postavy svědka a hlasů. V daném okamžiku se začínáme pohybovat v historické scéně klienta pomocí asociativní paměti a dochází tak ke zvyšování povědomí o starých vnitřních vzorcích na podkladě minulých zkušeností.

Pokud má terapeut dostatečné povědomí o postavách z jeho vývoje, rolích, které hrály v klientově příběhu a obtížích, které v tomto období byly přítomné, následuje otázka, co by jedinec býval potřeboval tenkrát zažít. Emoce, které nemohly být projeveny výslovně nebo zkušeností v té době, mohou klienti vyjádřit a zpracovat na symbolické rovině v kontaktu s ideálními postavami (Schrenker, 2008). Tím otevíráme možnost formování nového léčebného zážitku pomocí ideálních postav a pomocí vnitřního obrazu adekvátních interakcí klienta s idealizovanými postavami. Nové mentální reprezentace nám mohou později sloužit jako alternativní paměťový systém k naší nenaplněné historii.

Posledním krokem léčebného procesu je hluboké kotvení těchto zkušeností na mentální, fyzické a emoční úrovni. Po této fázi internalizace nového zážitku následuje možnost měnit vnímání světa v pozitivním směru (Pearson, 2007, Schrenker, 2008).

Pro toho, kdo nemá s Pesso Boyden psychomotorickou terapií žádnou osobní zkušenost, může být obtížné si vytvořit představu skrz výše uvedený souhrnný popis PBSP procesu. Pojďme krok za krokem mapovat průběh a psychologický význam a terapeutickou hodnotu jednotlivých fází procesu, který představuje způsob eliminování prožívání staré negativní zkušenosti pomocí nově vytvořených.

Celý proces se odvíjí ve čtyřech základních krocích: 1) „*tady a teď*“ (tvorba pravdivé scény, kde může jedinec přesněji pochopit vlastní zkušenosti a své reakce); 2) „*minulost*“ (v historické scéně tvořené autobiografickou pamětí určit paralely současného konfliktu na základě předchozích zážitků); 3) „*nová symbolická scéna-antidotum*“ (léčení alternativní scénou v protikladu ke starým vzpomínkám, protilek v podobě interakcí se symbolickými primárními pečovateli); 4) „*nová percepce a integrace*“ (nová mapa v souvislosti s integrací nových zážitků může mít pozitivní vliv na vlastní úctu a autonomii) (Schrenker, Fischer-Bartelmann, 2004).

1) SFÉRA MOŽNOSTÍ, SETTING

Pojem setting je v českém jazyce vnímán jako usazení se či úprava místa. V relaci PBSP se jedná o léčebné uspořádání fyzického i psychologického terapeutického prostoru, který A. Pesso nazývá **sférou možností**. Tento prostor poskytuje klientům bezpečí, kde nebudou nikým hodnoceni, ponižováni ani jiným způsobem ohrožováni. Žádná emoce či myšlenka nesmí být trivializována a shazována. Jak uvádí A. C. Pearson sféra možností značí prostředí symbolické dělohy, jejímž ochráncem je terapeut. Ten naslouchá všem myšlenkám, hodnotám a životním strategiím klienta (Pearson, 2007). L. Schrenker vztahuje sféru možností k procesu PBSP a říká: „V Pesso Boyden psychomotorické terapii se používá terapeutický prostor jako jeviště, aby vnitřní obrazy klienta byly viditelné z vnějšku a mohly být tak výraznější a aby přesné a úspěšné mikrosledování mohlo posílit povědomí klientů o jejich duševních procesech v rámci samotného procesu (Schrenker, 2010, str. 8-9).

Terapeutovým úkolem je vytvořit v rámci psychoterapie takovou atmosféru, která klientovi umožní překonat následky dřívějšího nepříznivého učení, pozvednout jeho sebedůvěru a podpořit vlastní seberozvoj, jak je tomu např. v terapii C. R. Rogerse (Rogers, 2000). Symbolicky lze za záměr sféry možností považovat zformování prostředí, které by Winnicottova „dost dobrá matka“ poskytla dítěti, aby v něm mohlo čerpat adekvátní podporu, ochranu, péči a limity raného vývoje (Winnicott, 1998).

Podle A. Pessa je sféra možností terapeutickým nástrojem, který existuje v mysli a osobnosti terapeuta a ukazuje se v prvním kontaktu terapeuta s klientem. Je popsán bdělou úrovní terapeutova vědomí, soustředěním se na klienta (nikoli na své aspekty osobnosti) a adekvátní mírou reaktivity. Úkolem terapeuta je pomoci klientovi v jeho úsilí stát se více sám sebou a naučit se řešit problémy

svého života, které činí život příliš bolestivým a neuspokojivým (Boyden, Pesso, Vrtbovská, Pesso, 1991, Pesso, 2002). Neznamená to, že vlastní problémy a potřeby terapeut potlačuje, ale musí najít způsob, jak je dát pro tento okamžik stranou a přitom zůstat integrovaný a vědomý si všech těchto svých částí. Tento otevřený prostor je též zaplněn znalostmi, dovednostmi, etikou a pochopením.

Od počátku terapeutického setkání je zde neodmyslitelně přítomno přesvědčení o možnosti regenerovat a léčit svá stará zranění a právo jedince na spokojenější a smysluplnější život. Velkým nebezpečím je, aby sféra možností nebyla používána jako prostor, kde má terapeut moc léčit, ale jako prostor, kde terapeut umí vytvořit takové prostředí, ve kterém se jedinec může cítit přijímán, respektován a podporován pro kontakt se všemi jeho potlačenými částmi osobnosti (Pesso, 1991).

Ve sféře možností jsou přítomny otázky přenosu, které terapeut nechce posilovat, ale naopak se je snaží rozptýlit pomocí různých nástrojů (svědek, hlasy, hráči v rolích, edukace). Terapeut nepovzbuzuje regresi klienta, ale naopak podporuje jeho ego a vědomí pomocí slov. *„Vím, že nyní cítíš spoustu emocí, které vycházejí z tvého dětství, ty jsi nyní ve struktuře a lidé kolem jsou hráči v rolích. Nejsi dítě, pouze cítíš jako dítě. Je důležité mít tento rozdíl neustále na paměti.“* Z tohoto důvodu je nezbytné v průběhu terapie udržovat ego jasné a bdělé.

Psychoanalytici vítají momenty přenosu a jsou si vědomi, že klientova vnitřní realita přejde do přítomnosti. Jsou připraveni mu poskytovat prostřednictvím terapeutického vztahu to, co chybělo v klientově vývoji (Mitchell, Blacková, 1999) Rozdílem v PBSP je, aby klient dostal okamžité informace o tom, co se nyní odehrává v jeho vědomí, neboť pouze tak může dojít v rámci psychomotorické terapie k nápravné zkušenosti, kde je velice důležité rozpoznání absentujících prvků a vztahů z minulosti.

Mezi klíčové vlastnosti sféry možnosti patří, jak vytvořit prostředí, které nabízí uvěřitelný zážitek, jak pomoci klientům stát se vědomými, aby byli schopni tvořit emočně korektivní zkušenosti, jak adekvátně definovat funkce a role psychoterapeuta a členů skupiny v průběhu léčivé zkušenosti. Proto je sféra možností psychologickým rámcem, který je natolik flexibilní, aby předával duši zprávu: *„Vše co je ve vás, je možné objevit, to co je potlačené, může být znovu oživeno“* (Pesso, 2002, Schrenker, 2005).

2) KONTRAKT

Otázky motivace a kontraktu, neboli terapeutické dohody či smlouvy, jsou základní v jakékoli formě psychoterapie. A. Pesso proces kontraktování pojímá jako prestrukturální úroveň průběhu vlastní terapeutické činnosti a je důležitou součástí vytváření sféry možností, aby lidé mohli nacházet bezpečí, jistotu a respekt (Pesso, Perquin, 1996).

Výchozím bodem pro všechny terapeutické intervence je terapeutická pracovní aliance, tj. porozumění mezi terapeutem a klientem o vzájemné spolupráci a užívaných prostředcích. To je především otázkou motivace a smlouvy, která zahrnuje mimo jiné i podmínky pro vstup

do terapie, pravidla skupiny pro bezpečný průběh terapie (mlčenlivost, hraní rolí apod.), podrobné vysvětlení fungování terapeutického systému a očekávaného chování od klienta.

V Pessa Boyden psychomotorické terapii označuje terapeutický kontrakt dohodu mezi terapeutem, klientem a skupinou, která vymezuje základní momenty spolupráce a slouží ke zvyšování pocitu bezpečí v daném terapeutickém prostoru (Fischer-Bartelmann, 2010b). Na rozdíl od jiných terapií, kde má kontrakt podobu kontrolovaného plánu spolupráce a v němž jsou specifikovány velice konkrétně stěžejní oblasti terapeutické práce, především terapeutické cíle, v PBSP je kontrakt obecnou dohodou, která zní: přivést klientovu historii k dobrému konci a neopakovat staré zkušenosti.

„Dobrý konec terapie“ je specifický pojem z PBSP. Pokud bychom jej chtěli přiblížit více psychologickému světu, nalezneme v něm psychologické fenomény jako motivaci klienta pro terapeutickou práci, klientovu kapacitu pro terapeutickou změnu a také jeho vědomí individuální odpovědnosti za průběh terapie, čímž dochází k sejmutí výhradní odpovědnosti terapeuta za její průběh. Pro A. Pessa není terapie procesem, ve kterém terapeut léčí klientova zranění, ale postup, v němž pomáhá druhému člověku přicházet do svého vlastního centra a „stát se tím, kým opravdu je“ (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Pessa, Perquin, 1996).

Tématem individuální zodpovědnosti v rámci terapeutické situace se zabýval už F. S. Perls. Vycházel při tom z procesu zrání jedince, při němž spěje z podpory prostředí k sebepodpoře. Podle něj lidé působí na prostředí tím, co dělají, co cítí a co si myslí a tím se činí odpovědnými lidskými bytostmi (Perls, 2004). Tato možnost působení na průběh terapie neumožňuje klientovi být v pasivní roli a stává se více odpovědným za dosažení dobrého konce terapeutického setkání. PBSP pod pojmem dobrého konce chápe proces stavění uvěřitelné symbolické scény pomocí antidota, tzv. protileku historické scény.

Pokud klient mluví o situaci, kdy ho otec nikdy nepochválil a často jej fyzicky nepřiměřeně trestal (obraz historické scény, kde se objevují momenty z klientovy minulosti), terapeut přivede postavu ideálního otce, který by nikdy svoji sílu nepoužíval tímto agresivním způsobem a uměl by ocenit kvality svého dítěte (ideální otec je symbolická postava, která poskytne klientovi to, co potřeboval zažít tenkrát v minulosti jako malé dítě).

Podle teorie PBSP je úkolem klienta vytvořit dobrý, uvěřitelný konec a úkolem terapeuta je být v tomto procesu tvorby emočně korektivní uzdravné scény dobrým asistentem, tedy použít všechny své znalosti o těle a mysli k formování uspokojivé scény. V této souvislosti A. Pessa připomíná, že není nutné naplňovat starý medicínský model, podle kterého je nutné projít svojí historií, ale cílem je vytvořit historii novou.

Význam kontraktu spočívá nejen v zacílení terapie, která má směřovat k dobrému konci vystavením ideální symbolické scény a internalizací zážitků z ní, ale pomáhá terapeutovi řešit otázky odporu v terapii. Často se v úvodních hodinách objevuje fenomén, kdy klienti nerozumí významu prováděných úkonů, např. cvičení, a mají k nim averzi, nebo se v průběhu struktury ptají:

„Proč mám toto dělat?“ V těchto případech je na místě brát stížnosti klientů do otevřené diskuse a poskytnout potřebné informace a vysvětlení.

V PBSP má obecně vysokou hodnotu informování klienta o základních předpokladech přístupu, neboť pouze informovaný klient může učinit svobodné rozhodnutí ve spolupráci s terapeutem. Autonomní rozhodování je funkcí pilota, který má zásadní význam pro ochranu proti agresí a je garantem integrace zkušenosti antidota. V situacích, kdy klient ztrácí přehled o situaci nebo se snižuje jeho motivace pro pokračování v terapii, je vhodné připomenout základní dohodu, která zní: „Dovést společně proces k dobrému konci.“ Terapeut důvěřuje životní síle klienta i sobě jako terapeutovi a upomíná klienta, že zdroj léčení vyvstává z klienta při nalézání korektivní zkušenosti s pomocí ideálních postav, nikoli terapeuta. Do této dohody spadá i uzavírání smlouvy o dalších krocích postupu (Fischer-Bartelmann, 2010b).

3) MICROTRACKING (MIKRO SLEDOVÁNÍ, MIKROTREKING) -BRÁNA DO NAŠÍ HISTORIE

V terapeutickém procesu je kladen důraz na prožívání „ted' a tady“, které vychází z východních filozofií, konkrétně ze zen buddhismu. Rovněž se jím inspirovala např. gestalt terapie či rogersovská psychoterapie (Perls, 2004, Rogers, 2000). Princip ted' a tady se objevuje při procesu mikrotrekování, kdy terapeut pečlivě zkoumá aktuální prožívání klienta rozpoznatelné pomocí výrazových tělesných signálů.

Teoretické předpoklady o významu vzpomínky na aktuální procesy vědomí a úzká vazba mezi vnímáním a akční automatizací dobře ilustruje užití techniky microtrackingu. V PBSP dochází k propojování významných dětských vzpomínek, které se objevují jako aktuální pocity, postoje či tělesné napětí v přítomnosti s aktuálním vědomím (Bachg, 2004, Pessó, 1999). E. G. Schachtel uvádí, že paměť je funkcí živého organismu a lze jí chápat jako schopnost organizování a rekonstrukci minulých zážitků ve službách současných potřeb, obav, zájmů, v naší celkové životní zkušenosti, v našich vzpomínkách, zvycích a postojích (Schachtel, 1947).

Cílem terapie, který koresponduje s jedním z hlavních vývojových úkolů, je mimo jiné neustálý rozvoj vědomí. Mikrosledování podle M. Bachga je „vysoce specializovaná forma psychoterapeutického dialogu, ve kterém jsou všechny aspekty tohoto vědomí klienta, jako je vnímání, akce, emoce a poznání přesně sledovány“ (Bachg, 2004, str. 283). Obdobně jako v jiných psychoterapeutických směrech (Perls, 2004, Smith, 2007), kde terapeut klade otázky (*např. „Co cítíte ve svém těle? Kde přesně se objevuje napětí? Co dělá nyní vaše pravá ruka? apod.“*), i v PBSP proces vyžaduje po klientovi všímavost k tělově emočnímu prožívání. Rozdíl v psychomotorické terapii se ukrývá v přímém pojmenovávání klientových emocí, nikoli v dotazování se na ně. Díky mikro sledování dochází k intenzivnějšímu zaměření na aktuální emočně tělové prožívání, ale současně i k lepšímu porozumění toho, co se děje v myšlenkách. Uvědomování si těchto obsahů mysli a těla definuje P. M. A. Ogden a K. Minton jako „stav vědomí, který směřuje k aktuálně prožívané vnitřní zkušenosti s úmyslem prostého pozorování spíše než jeho změny“ (Ogden, Minton, 2000, str. 24).

Tato tělově-emoční diagnostika vyžaduje od terapeuta řadu rozvinutých schopností, v kterých se proškoluje v rámci čtyřleté odborné přípravy (Schrenker, 2010). Aby terapeut byl schopen v průběhu mikrotrekingu adekvátně diferencovat vnímat a správně diagnostikovat emoční výraz, je nutná jeho bohatá znalost emocí, která odkazuje na orientaci v mnohých vývojových interpretačních rámcích. Tento pozorovací proces klade zároveň zvýšené nároky na terapeutovu krátkodobou paměť, neboť jeho úkolem je pamatovat si a umět užít přesné formulace toho, co klient vyjadřuje jako kontext. Správně zapamatovaný kontext otevírá klientovi nové možnosti a posiluje jeho citlivost k vnitřnímu prožívání. Účinnost mikrosledování je závislá na přesnosti, s kterou se provádí v každém detailu.

A. Roth-Bilz vnímá mikrotreking jako první léčebnou interakci ve struktuře, která je zároveň přítomna po celou dobu trvání terapie (Roth-Bilz, 2010b). Mikrosledování jako proces vědomého, záměrného pozorování tělesných pohybů a řeči těla. Tento proces se podobá přirozenému a spontánnímu pozorování miminka jeho matkou a reflektuje terapeutovo umění dívat se na svět.

Použitím sledování mikro pohybů na obličeji se rychle rozvíjí tělově emoční proces, v rámci něhož se aktivuje asociativní paměť s podobnými zkušenostmi, jaké klient aktuálně prožívá. Tyto vnitřní obrazy zobrazují scénické vzpomínky jako bezprostředně viditelné reakce a fyzické změny ve formě pohybu, emocí nebo známek jejich potlačení. Celý tento diagnostický proces se děje pomocí smyšlené, hypotetické postavy **svědka**, která je přiváděna terapeutem na scénu pohybem ruky směřující do prostoru vedle terapeuta (jakoby tam někde svědek stál) (Bachg, 2004, Pessa, 1999, Roth-Bilz, 2010b). Po gestu začíná terapeut mluvit: „*Kdyby tu byl svědek, tak by svědek řekl: „Vidím, jak smutný se cítíš, když mluvíš o dnešním ránu.“*“

K čemu nám může být prospěšná postava svědka, která se zajímá o emoce? Podle A. Pessa je její význam v propojování a v neustálém zvědomování přítomného prožívání s minulostí (Pessa, 1990a, Pessa, 1999). Tato hodná, přátelská, pečující bytost vidí pravdu, identifikuje emoce, a v tomto smyslu se stává jakýmsi jejím svědkem prožívaného. Když člověk cítí emoce, které se odrážejí na jeho tváři, neznamená to, že si je tohoto pocitu či výrazu vědom. Na neurologické úrovni dochází k propojení činnosti limbického systému odpovědného za vznik emocí s činností kůry mozkové. Pojmenované emoce jsou spojovány s kontextem jejich výskytu a tím se vytváří znalost o tom, z jakého důvodu člověk cítí emoce (Pessa, 1990a, Pessa, 1999).

Když je jedinec mikrotrekován a poslouchá slova svědka, mohou mu procházet myslí jeho vnitřní komentáře na život. Naše myšlenky jsou vysvětlením, které produkuje mozek, aby našel porozumění situacím a událostem z našeho života. Na jedné straně reagujeme na okolnosti emočně, na druhé se nám objevují myšlenky s tím spojené, jež jsou součástí našich vnitřních kognitivních modelů. Zkušenosti z událostí se nám internalizují v podobě určitých předpokladů pro život ve formě hodnot, názorů, myšlenkových konceptů, výroků, přesvědčení apod. (Bachg, 2004, Kneip, 2005). Pak tyto myšlenky, (v gestalt terapii popisované jako introjekty), určují naše chování v budoucnosti. Všechny tyto vzkazy minulosti nemusí odrážet nejlepší způsob, jak žít

v interakci s lidmi, a přesto tvoří zákony naší mysli. Je důležité si uvědomit, že dané myšlenky nejsou přesným popisem toho, jaká byla realita, ale jak ji člověk vnímal a co z ní ve své mysli vytvořil.

S tímto fenoménem zachází PBSP metoda prostřednictvím **hlasů**, které mohou být hlasem kritiky („vždycky všechno zkazíš“), negativního předpokladu („nemůže to dopadnout dobře“), pravdy („holky nic nevydrží“), disociace („nic necítím“) apod. Klient, který pláče, protože v nízkém věku ztratil svého otce, se domnívá, že ho nikdy v životě nepotká štěstí. *Terapeut udělá gesta vedle sebe a říká: Nikdy v životě nebudeš mít štěstí.*“ Ztvárněním těchto přesvědčení umožňuje terapeut klientovi osvobodit se od jejich účinků. Zdánlivě neinteraktivní zprávy se vrací v interaktivní formě jako hlasy a přibližují se více k jejich interaktivnímu původu (Pesso, 1999, Fischer-Bartelmann, 2010a, Kneip, 2005). Externalizované myšlenky usnadňují vlastní vnitřní proces pomocí tohoto oddálení, umožňují jiným způsobem pracovat s těmito stavy duše. Přestože pojem hlasů je specifickým termínem PBSP terapie, techniku externalizace vyvinuly v 80. letech M. White a D. Epston (White, Epston, 1992).

Cílem mikrotrekingu je odhalit interakce, které byly formativní pro rozvoj současného dysfunkčního vzorce jednání. Tyto vzpomínky velmi často postrádají vývojové uspokojení základních potřeb, stejně jako odrážejí traumatizující zážitky spojené s nedostatečnou ochranou nebo upozorňují na nedokončené role v rodinném systému (Bachg, 2004).

Užíváním hlasů a postavy svědka se přibližujeme na toto místo, které se nazývá „střed pravdy.“ D. Boyden říká: „Mým cílem jako terapeuta je, abych se ujistila, že klient pracuje ve struktuře z bodu, kde se nachází a co je pro něho opravdu důležité a skutečné, a nepracuje na něčem, o čem bylo rozhodnuto intelektuálně. Musíme se zaměřovat na to, co je platné a spontánní v danou chvíli“ (Boyden, 1987). Vnitřní procesy se stávají více vědomými a díky jejich zviditelnění přístupnější změnám, jak se vypořádat s mapami světa a obrazem sebe, který se vyvinul v důsledku starých negativních událostí (Boyden, 1987, Pesso, 1990a).

4) HISTORICKÁ SCÉNA

Všechny interakce a celý náš život je tvarován zvláštním způsobem. Na přítomném okamžiku participuje naše autobiografická minulost a proto jsou fragmenty minulé zkušenosti v každém momentu aktivovány a převáděny do přítomnosti. Naše aktuální vnímání, tělové a emocionální reakce jsou založené na paměti, i když si tento fakt jen zřídka uvědomujeme. „Naše vědomí je tapisérie tkaná pamětí“ (Pesso, 1999, str. 9).

S. Keleman přitakává ve stejném duchu, neboť podle něho nese lidský tvar otisk všech výzev i nesnází naší existence, nese stopy po lásce i zklamání (Keleman, 2005). Bolestné zkušenosti minulosti jsou připomínány svědkem v našem oku mysli, stejně jako vše, co vidíme v našem reálném prostředí tady a teď. „Z venku by se mohlo zdát, jako by člověk reagoval na vnější okolnosti, zatímco reaguje na něco, co viděl uvnitř sebe“ (Bachg, 2004, str. 286). Pokud je mikrotreking přesný, jak říká A. Pesso, stará historie se objevuje velmi brzy (Pesso, 1999, Pesso, 2004).

Klienti v rámci svých historických vzpomínek mají potřebu převyprávět svůj příběh. Pokud se však opakují, nebo mají tendenci jej představovat skrz velké, bolest přinášející detaily, je úkolem terapeuta dát tomuto vyprávění dobré limity (Damasio, 2004, Pessoa, 1999).

PBSP metoda od svých počátků prošla vývojem, jehož stopy jsou znatelné právě v oblasti výstavby historické scény. Když klient mluvil o situaci z minulosti, terapeut jí externalizoval v prostoru pomocí herců v rolích reálných postav z klientovy minulosti. Jejich přítomnost vzbuzovala v klientovi pocity související s neadekvátní saturací vývojových potřeb. Z tohoto momentu se odvíjelo budování nové scény, která je hojivá a deficitní potřeby naplňující.

V současnosti A. Pessoa nevěnuje tolik pozornost přivádění reálných osob z klientovy historie na scénu, ale zaměřuje se na formování ideální scény. Podkladem k této změně se stalo pozorování stovek klientů a A. Pessoa formuloval závěr, že není důležité vyvolávat všechny hluboké emoce z minulosti, které jsou pro klienta často zaplavující a při nichž ztrácí vědomí přítomnosti, funkci pilota. Nový, šetrnější prvek PBSP terapie, tzv. **bookmark** nastiňuje možnosti ideální postavy v mysli klienta a **placeholder** symbolizuje databázi všeho v klientově mysli, co se vztahuje k danému symbolu.

Placeholder slouží terapeutovi k přiblížení se klientově historii a jeho kontextu bezpečnějším způsobem (Pessoa, 2009). Nejčastěji má podobu nějakého předmětu (např. kamínek), jako symbol něčeho, co probouzí asociace z klientova příběhu, které jsou prožívané jiným způsobem, než kdyby zde stál někdo v roli reálné postavy. *Klient vyprávějící o smrti svého otce je terapeutem vyzván, aby si vybral předmět do role placeholdera jeho otce.* V tomto případě je placeholder jakási banka vzpomínek na otce, kterou může mít klient aktuálně v mysli. Neobsahuje tedy pouze vzpomínky na otce, který zemřel, ale mohou být přítomny jakékoli paměťové záznamy o jeho reálném otci. Jedná se tedy o ekvivalent kategorie v mozku, o jakousi neurologickou databázi, která má schopnost probouzet emoce.

Pokud známe historický kontext a vztahové postavy, které v daném příběhu hrály významnou roli, jsme ve výchozím bodě formování nové scény pomocí antidota. Antidotum tvoří protilék starým zážitkům, které byly deficitní, traumatické nebo kdy jedince zaplňoval sám sebou absentujícího člena v rodinném systému, např. byl partnerem své matce.

5) NOVÁ SCÉNA (ANTIDOTUM)

Výstavba nové syntetické paměti je hlavním cílem PBSP terapie. Odvíjí se od historické scény, která nám poskytuje základní informace o tom, co se v dávné historii klienta odehrávalo a nebylo naplněno. Emočně korektivní zkušenost má podobu antidota, nebo-li protiléku na neadekvátní minulé zážitky. Pokud máme klienta s traumatickou zkušeností, součástí antidota je obvykle práce s limity a ochranou, naopak pro práci s jedincem se zážitky týkající se mezer v rolích, směřuje terapeutická práce od stavění ozdravné scény lidem, kterým plnil roli, a až následně se tvoří nová scéna pro klienta samotného.

Antidotum vychází z vrozené znalosti správné odpovědi na tělově emoční akce jedince. Tělo je používáno jako hlavní zdroj informací pro klientovy potlačené pocity a nenaplněné potřeby. Společné hledání toho, co klient potřebuje jako uspokojivou odpověď, se realizuje pomocí **ideálních postav**, hráčů v roli (role-players, herci). Z toho vyplývá, že terapeut není interpersonálním poskytovatelem léčivého vztahu, ale „otevřít prostor pro léčivou zkušenost s adekvátními postavami, v jejich ideální podobě, v minulosti klienta“ (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, str. 153).

Role-players mají jednu skrytou psychologickou kvalitu a tou je minimalizace klientova přenosu na terapeuta. A. Pesso věří v sílu pečující části lidské bytosti, terapeuta i klienta, ale při použití přenosu na terapeuta v rámci terapie je dle něho plno nebezpečí. Klient potřebuje zažívat symbolické, ideální interakce a zároveň minimalizovat dětské závislostní tendence, aby mohl posilovat svoji autonomní, dospělou část osobnosti. Tyto interakce naplňují hráči v roli časově omezení dobou struktury.

Jak vypadá činnost role-players v realitě? Klient si zvolí jedince ze skupiny, který vstoupí do určité, předem definované role, která pochází z jeho příběhu, *např. zvolený Lukáš říká: „Vstupuji do role ideálního otce Václava, který by nikdy nezemřel“*. V dané roli ideální figura ztvárňuje přesně to, co odpovídá vnitřní reprezentaci klienta. Terapeut s klientem za pomoci herců usilují o vytvoření léčivé scény, kde jsou takové interakce, které chyběly v dětství a které jsou jejich kvalitativním opakem (Schrenker, 2005). Aby se mohla vystavět nová symbolická scéna, musí terapeut využít své teoretické znalosti a diagnosticky přesně určit, co v dané době absentovalo. Tyto informace dávají příležitost ke vzniku nové paměti. PBSP metoda neodstraňuje vzpomínky z původní paměti, ale konstruuje nové paměťové obrazy, které lépe odráží naše geneticky ovlivněná očekávání (Pesso, 2009b, Roth-Bilz, 2010b).

Pokud reálný otec byl ve válce, ideální zažívá svět bezpečný a pokojný. Ideální otec říká v nové symbolické scéně: *„Kdybych já byl tvůj ideální otec, nikdy bych nebyl ve válce a nezemřel tam, když ti bylo 6 let, protože já bych žil ve světě bez válek. Byl bych v tvé blízkosti vždy, když bys to potřeboval. Takhle bychom si spolu hráli, povídali a užívali jsme si jeden druhého. Nikdy by ses nemusel cítit sám a opuštěný“*.

Změna v nové historii probíhá ve směru podmínek evolučně určené, vývojové potřeby. Ty nám slouží jako vodítko naší duše směřující k celistvosti, protože kdyby tomu tak nebylo, mohli bychom si vymyslet jakýkoli fantastický příběh. Uzdravení je tedy hluboce historicky zakořeněné jako cesta k rozvoji osobnosti pomocí naplnění základních vývojových úkolů. Cílem je, aby celá nová scéna byla uvěřitelná a klienti mohli pocítit hluboké a skutečné pocity, které si mohou ponechat jako nový obraz spojený s těmito emocemi. Nepopíráme deficitní, minulé zážitky, protože jsou součástí našeho příběhu, ale můžeme je propojit s novou korektivní zkušeností z této symbolické scény. Takto nově vytvořené reprezentace interakcí mohou měnit způsob, jakým vidíme současný svět a rozšířit tak paměť o zážitek nové možnosti, naděje, radosti,

spokojenosti, kde není tolik zoufalství, zklamání, bolesti či odcizení pocházející se staré historie (Perquin, Rehwinkel, 1999, Pesso, 1999).

Před úplným dokončením konstrukce ideální symbolické scény terapeut naposledy kontroluje, zda kvality antidota jsou opravdu ideální bez náznaku klientovy historie. Postavy v roli naposledy říkají: „*Kdybychom my byli tví ideální rodiče, když ti bylo šest let, pak bys měl všechnu naši lásku a pozornost a mohl by ses cítit tak klidný, jako se cítíš nyní.*“ Klient je terapeutem vyzván, aby využil tohoto proudu pocitů a udržel je ve své paměti jako obraz, jako fotografii této situace, aby ji integroval do „ted' a tady“ (Fischer-Bartelmann, 2005).

Na konci této fáze dochází k „opuštění“ hráčů z rolí. *Hráč v roli ideálního otce říká: „Vystupuji z role ideálního otce Václava a jsem opět Lukáš“.* Úkolem klienta je určit, v jakém pořadí budou hráči v rolích opouštět vymezený psychologický prostor struktury. Při této činnosti klient stále ukládá poslední zážitky z interakce s těmito postavami a dopřává si dostatečný čas k internalizaci zkušeností z terapie.

6) PROCES INTERNALIZACE

Nová hojivá zkušenost spojená se situací antidota se etabluje jako „vnitřní obraz“ v paměti a dochází k internalizaci zážitku. Skutečnost, že nová zkušenost obsahuje tělově emoční, kognitivní zážitek, poskytuje „nové paměti“ nový kontext vnímání osobní historie. Z nejnovějších výzkumů mozku, uveďme si jako příklad výzkumy mozku iniciované B. van der Kolkem (van der Kolk, 1994), je známo, že symbolické zkušenosti zanechávají v paměti stejné stopy, jako reálný zážitek. Integrovaná pozitivní interaktivní zkušenost ze struktury, i když jen symbolická, se dotýká našich nejhlubších emocí, které získávají znovu právo na existenci v našem vědomí a životě. Zároveň se rozšiřuje zážitek okolního světa způsobem, že je možné uznávat, vyhledávat a nacházet pozitivní objekty v okolním světě (Roth-Bilz, 2010c, Schrenker, Fischer-Bartelmann, 2003).

L. Perquin k této problematice dodává, že intersubjektivní emocionální prožívání není statické a jednou provždy dané, ale je subjektivní a ovlivnitelné, což poukazuje na jeho možnou změnu (Perquin, 2004). Z neurobiologického pohledu se tato změna dotýká záznamů implicitní emocionální i explicitní procedurální paměti. Faktická zkušenost přijímaná skrze veškeré smyslové kanály je ukládána do krátkodobé paměti. Avšak prožitek emocionální rezonance s blízkým člověkem se ukládá díky své hloubce do implicitní a procedurální paměti a tam alternuje staré záznamy (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Perquin, 2004).

Nová paměť, jak o ní bylo pojednáváno, je součástí terapeutické změny, jež může být postřehnutelná v různém časovém období a rozmanité intenzitě. Podle J. Prochasky a J. Norcross jsou procesy změny „skryté a zjevné činnosti, které klienty přivedou ke změně prožívání, myšlení, chování či vztahů spojených s určitým problémem či obecnějším způsobem života“ (Prochaska, Norcross, 2001, str. 22).

Roth-Bilz sdílí svůj osobní pohled na terapeutickou změnu v PBSP, která je dle ní klidná a není hlučná ani velkolepá. Toto poetické vyjádření dokresluje slovy svého klienta: „Mnoho změn

se ukazuje teprve nyní, v mém každodenním životě. Jsem na cestě k sobě, jsme blíž k sobě samotnému. Život je snazší, když jsem se stal více tím, co opravdu jsem. To přináší větší uspokojení, radost, naplnění smyslu a propojenosti“ (Pesso, 2004, Roth-Bilz, 2010b).

1. 3. 2 Možnosti a meze PBSP (indikace a kontraindikace PBSP)

Bylo by mylné se domnívat, že je možné pro každý problém a každého pacienta najít efektivní péči v rámci Pesso Boyden psychomotorické terapie. Je tedy nutné charakterizovat určité ohraničení PBSP, aby mohla terapie adekvátně a v bezpečí probíhat. Přestože existuje seznam s obecně daným vymezením symptomů, které jsou kontraindikací pro vstup do PBSP, a seznam, pro koho může být tato forma psychoterapie prospěšná, není tato oblast v teorii PBSP příliš propracovaná. Chybí přesná diagnostická kritéria pro zjištění, zda je klient vhodný do terapie, a rozhodnutí je spíše věcí tvořivého přístupu, zkušeností terapeuta, jeho rozvinuté pozorovací schopnosti a analyticko syntetického pohledu na chování jedince v úvodních setkáních. Jak uvidíme dále, existují základní podmínky, bez nichž by PBSP proces nemohl postupovat k dobrému konci.

Hlavní předpoklad pro použití tohoto způsobu léčby je ukryt dle L. Schrenkera, autora knihy *Pesso-therapie : das wissen zur heilung liegt in uns* („Pesso terapie : znalost léčení leží v nás“), ve vnitřním odhodlání každého potenciálního klienta řešit svoji autobiografickou historii (Schrenker, 2008). Důraz na vnitřní motivaci jedince je společný faktor psychoterapií bez ohledu na jejich rozdílné teoretické či praktické zázemí. Jako jedni z mála autorů C. L. Clarke a D. Chaves specifikují další základní podmínky pro práci s PBSP metodou, které jsou nezbytné, aby je klient splnil (Clarke, Chaves, 1991).

1. Je nutné, aby byl klient ochoten pracovat se symboly. Ochota užívat symboly v terapeutické práci je odlišena od schopnosti pracovat se symboly, jak uvidíme dále.

C. L. Clarke a D. Chaves říkají: „...testujeme úroveň pohotovosti klienta k tomu, jak je schopen promítnout symbolický význam myšlenek, fantazií a snů do objektů v místnosti“ (Clarke, Chaves, 1991, str. 222).

Již na tomto cvičení se ukazují znatelné interindividuální rozdíly v živosti symbolického myšlení. Pokud někdo říká: „S polštáři se nebavím,“ můžete to jen pochopit a respektovat, ale v tuto chvíli nelze dále pracovat PBSP postupem.

2. Je nutné zjistit, zda je klient *schopen pracovat na symbolické úrovni využitelné pro sebe*. Tuto ochotu testují C. L. Clarke a D. Chaves pomocí symbolů ideálních postav, např. ideální matky, a zkoumají, zda je klient tuto symbolickou postavu schopen akceptovat a přijmout. Jinými slovy zda je schopen předložit jiný zážitek než ten, který prožil (Clarke, Chaves, 1991).

Tento prvek je nezbytným předpokladem pro korektivní zkušenosti na symbolické úrovni pro vytvoření antidota.

Schopnost označovat věci prostřednictvím něčeho jiného, než jsou ony samy, umožňuje vývoj řeči, abstraktního myšlení, oddálené nápodoby, názorné představy, kresby, symbolické hry či užívání metafory. Jak je zřejmé, počátky symbolické funkce se rozvíjí již od raného věku s nástupem řeči či používáním hry, avšak zralost symbolického myšlení spadá vývojově do starších let (Piaget, 2001).

Práce v Pesso Boyden psychomotorické terapii je podmíněna rozvojem formálně logických operací, čímž je vyčleněna dětská část klientely do doby, než dospějí do stadia používání těchto myšlenkových operací. Přesto existují terapeuti, (příkladem nám může být M. Bachg, PBSP terapeut z německého Hasbergenu), kteří úspěšně tuto metodu aplikují na dětskou populaci, s využitím pouze určitých PBSP postupů, ale s široce uplatnitelným teoretickým zázemím.

3. Je důležité, aby byl klient *schopen rozlišovat mezi realitou a fikcí symbolického světa*. Podle J. Piageta začíná člověk zachycovat svět pomocí symbolů a abstrakcí mezi jedenáctým až patnáctým rokem (Piaget, 2001). Jestliže je pacient na pomezí „uvnitř“ a „venku“ a není schopen tohoto uvažování, je to důležitá zpráva pro terapeutu o nemožnosti práce PBSP metodou. Není důležité, zda je zhoršený kontakt s realitou způsoben vývojovými defekty, sníženými rozumovými schopnostmi, nebo zda se za tímto stavem skrývá např. paranoidní nastavení či psychotické fenomény. Tato kontraindikace se objevuje i v jiných terapeutických směrech.

4. Autoři dále zdůrazňují *schopnost uvědomování si vlastního těla* jako vstupní bránu pro terapeutickou práci. Všímavost (mindfulness) a uvědomění k procesům v těle, emocím i mysli je podle K. Hájky nesenou „bdělou, soustředěnou pozorností, která je neselektivní a bez jakéhokoli hodnocení plynně doprovází prožívání“ (Hájek, 2006, str. 35). Citlivost k vlastnímu tělesnému prožívání se zvyšuje prostřednictvím cvičení, jež předchází vlastní terapeutické práci v podobě struktur.

Principů tělesného uvědomování a prožívání je hojně užíváno v bodyterapiích, kraniosakrální práci či focusingu, terapeutického směru spočívající v práci s tělově zakotveným prožíváním. Každý tělesný stav je charakterizován svým ohniskem, intenzitou, významem a změnou a je jedním z předmětů introspekce, která se objevuje v PBSP v terapeutické práci „tady a teď“ a napomáhá terapeutickému procesu.

A. Pesso považuje tělesné impulzy za entitu, která nese mnoho informací o naší historii a prostřednictvím níž se můžeme přibližovat k našemu pravému Já. Evropská asociace pro bodypsychoterapii vymezuje nejobecnější faktory, prostřednictvím kterých je klient v kontaktu s okolním světem a které užívá terapeut pro proces tělového diagnostikování

a terapeutickou práci: dotyk (touch), pohyb (movement), dýchání, dech (breathing) (European association for Body-psychotherapy, 2010).

5. Nezbytným předpokladem pro práci PBSP metodou je přijetí a pochopení Pessoa Boyden psychomotorické terapie klientem. Znalost teorie této metody napomáhá měnit pohledy na vlastní autobiografickou historii. S předáváním poznatků o metodě klientovi zachází terapeut dle svého uvážení, neboť každý klient je jiný, má rozdílná očekávání, předpoklady, potřeby (Schrenker, 2008, Roth-Bilz, 2010a).

Ve vztahu k výše uvedenému je nutné podotknout, že psychomotorická terapie i po splnění uvedených podmínek není všemocnou metodou, která působí s okamžitým efektem. Podobně jako v jiných terapeutických směrech se ukazuje významná oblast očekávání a vnitřního nastavení klienta. Za optimální vyladění klienta považuje A. Pessoa a D. Boyden trpělivost, zvědavost, ochotu zkoušet si nové věci a všimnout si detailů ve vnitřním, prožitkovém, i venkovním, interaktivním světě (Pessoa, 1991). Platí tedy, že způsobilost klienta pro určitý druh terapie je otázkou osobnostní struktury a schopnosti spolupráce s terapeutem jako svým průvodcem.

Je zřejmé, že vstupní předpoklady PBSP nevznikly naráz, ale jako odraz vývoje metody v závislosti na jejím působení v nejrůznějších prostředích: prvotně v práci s psychiatrickými pacienty, po mnoho dalších let v rámci výcvikových skupin a v poslední době v symptomatické oblasti při práci s deficitem rodičů a při léčbě traumatu. Doložením posledního bodu může být nově vznikající program v Kongu zaměřující se na minimalizování důsledků traumatizované společnosti. Tento vývoj působení psychomotorické terapie logicky vyúsťuje v otázku: „Pro koho je Pessoa Boyden psychomotorická terapie vhodná?

Pokud jsou dodrženy předpoklady pro práci PBSP metodou, B. Fischer-Bartelmann, A. Pessoa, D. Boyden a další autoři (Clarke, Chaves, 1991, Roth-Bilz, 2010a) se domnívají, že je Pessoa Boyden psychomotorická terapie prospěšná pro každého, kdo chce najít v životě větší spokojenost, rozvinout svůj vrozený potenciál, objevit vlastní zdroje a hlouběji porozumět vztahu mezi tělem a duší. Je určena všem, kteří jsou motivováni pátrat po důvodech svých pocitů a zabývat se svoji přítomností i minulostí (Boyden, Vrtbovská, Pessoa, 2009, Pessoa, 1994).

Jestliže si jsou lidé vědomi vlastního sklonu k přílišné racionalizaci, potlačování svých pocitů nebo se přímo disociují od vlastního prožívání, mohou najít pomoc a podporu pro tělově emoční prožívání právě v PBSP (Fischer, Bartelmann, 2010a). Díky bezpečnému přijímajícímu terapeutickému prostředí, jasné struktuře a pozornosti věnované zajišťování hranic je příhodná pro klienty s narcistickými a hraničními problémy, stejně jako pro klienty traumatizované, oceňující prostředí, které respektuje autonomii jedince a znovu netraumatizuje svými postupy.

Aplikační rámec PBSP se netýká pouze klientů v rámci terapeutického procesu, ale jeho myšlenky přináší vysvětlení různých jevů, jako je např. vznik mnohočetné osobnosti,

vývojový pohled geneze traumatu, adekvátní a patologický průběh vývoje jedince. Stále častěji se jeho teoretickým zázemím inspirují odborníci v pomáhajících profesích, především v oblasti ústavní péče a náhradní rodinné výchovy. Uvedme si příkladem dlouholeté působení organizace pomáhající dětem z dětského domova Letní dům, o.s či Natamu, organizaci věnující se problematice pěstounství.

Jak sám název kapitoly napovídá, možnosti a meze PBSP vnímáme za nedílnou součást představovaného terapeutického směru, neboť tento pohled je často v dostupné zahraniční literatuře opomíjen nebo mu není věnována dostatečná pozornost. Problematika kontraindikace a indikace je bezpochyby logickým směřováním pohledu na PBSP metodu, ale není jedinou. Existují další otázky a problematické momenty, které stojí za naši pozornost.

Úkolem a posláním autorů PBSP je šířit znalosti psychomotorické terapie mezi co největší počet lidí. Přestože v podání A. Pessa a vyškolených PBSP lektorů jsou techniky a teorie jasné, dobře definované a z velké části korespondují s neurologickými a psychologickými poznatky, jejich limitem je forma ústního předání. Tak jako vznikala po staletí lidová moudrost a až později přecházela v psané texty, stejným způsobem je nyní šířena nejnovější teorie PBSP. Vývoj této metody je obdivuhodný, přes 40 let mění svoji podobu ke stále větší užitečnosti, jednoduchosti a zároveň bohatosti, ale paradoxně jsou tyto nové poznatky předávány pouze lidem z aktuálně probíhajících výcviků, seminářů, supervizích setkání, neboť sepsat nové informace o metodě vyžaduje čas, který A. Pessa tráví jako učitel na cestách mezi PBSP instituty na různých kontinentech.

Podle PBSP slovníku by se dalo říci, že určitá skupina profesionálů nemusí být adekvátně sycena informacemi. Dříve vyškolení terapeuti, kteří stále se vyvíjející metodu psychomotorické terapie aktivně užívají ve své praxi původním způsobem, s ní v současnosti pracují nepřesně a může docházet ke zkreslování podstaty nejnovější formy PBSP terapie či k absenci určitých terapeutických nástrojů (placeholder, bookmark apod.). Proto vznikají v různých zemích, stejně jako v České republice, PBSP instituty, jejichž funkcí je další vzdělávání, pořádání školení a zajišťování míry odbornosti v terapeutickém prostředí interním i veřejném.

PBSP instituty mohou také eliminovat nedostatečnou publikační činnost vytvářením interním materiálů, aby neunikaly určité souvislosti mezi poznatky a nepůsobily tak nepropracovaným dojmem pro odbornou i širší veřejnost. Eliminují také nebezpečí, aby v celkovém kontextu PBSP terapie mylně nepůsobila jako všemohoucí, neuchopitelná, nekriticky pojatá metoda. Neboť je známý fakt, že přirozeností člověka je hledat vysvětlení pro děje a věci kolem něj, a pokud okolí neposkytuje dostačující informace, přichází na řadu jiné formy porozumění, mezi nimi i formy magického myšlení, které ubírá punc vědeckosti danému směru psychoterapie.

Z tohoto důvodu je nezbytné vzdělávat klienta nejen o formě, průběhu či teoretickém základu PBSP, ale i o poli vzájemného působení klienta a terapeuta, protože dostupné poznatky přispívají k formování jeho očekávání. V psychologii jsou vymezené tyto proměnné jednak ve vztahu k výsledkům terapie, jednak k roli terapeuta. Očekávání role terapeuta, v níž je zahrnuto očekávání určitého chování terapeuta, jeho zodpovědnost, jeho práva a požadavky, se může stát platnou

determinantou terapeutického procesu, a právě role PBSP terapeuta pro jeho specifickou, přenos limitující povahu je v protikladu k jiným terapeutickým směrům něčím novým, stejně jako klientovo právo v každém okamžiku terapeutického sezení učinit vědomou a informovanou volbu.

Podrobným mapováním a objasňováním očekávání v rámci kontraktování lze předejít zmatení, dohadům, nejasnostem klienta a především jeho pocitům bezmezného obdivu k PBSP, přisuzování všemocného, čarovného efektu nebo naopak znechucení a zklamaných očekávání bez dávky porozumění.

Obloukem se tedy dostáváme ke skutečnosti, že limity i prostor otevřených možností Pesso Boyden psychomotorické terapie netvoří sama metoda jako taková se všemi svými postupy a technikami, ale je vždy znovu ožívována v interakci s lidmi, terapeuty, klienty a kontextem, v němž se vyskytuje.

2. Trauma

2. 1 Základní vymezení traumatu

Od přelomu 19. a 20. století lze v odborných dílech vysledovat opakovaně období zvýšeného zájmu o psychické trauma. J. L. Herman, obdobně jako D. Vizinová a M. Preiss, přináší zajímavý poznatek o historii studia traumatu, který má kvalitu epizodické amnézie. Autoři uvádí, jak se období aktivního zkoumání psychického traumatu střídala s etapou zapomenutí (Herman, 2001, Hofman, 2007, Vizinová, Preiss, 1999). Jedním z možných vysvětlení tohoto jevu může být skutečnost, že účast na výzkumu traumatu znamená střetnout se na jedné straně s lidskou bezbranností, ale i krutostí a schopností páchat zlo, což může vést k rozrušení našich pozitivních představ o nás samých.

Již před více než stoletím byly poprvé systematicky prozkoumávány psychické následky traumatu, které se pojily s úvahami nad původem hysterie. P. Janet, S. Freud a J. Breuer předložili stejný názor o vlivu traumatizující události na vznik nesnesitelných emocionálních reakcí, které následně vyvolávají změněný stav vědomí. Zajímavým poznatkem S. Freuda a P. Janeta bylo také zjištění o somatických příznacích hysterie, které jsou zamaskovanými symboly událostí vzbuzující velký strach, a proto byly z vědomí vytěsněny (Herman, 2001, Porterfieldová, 1998, van der Kolk, 1994).

Mezi další nápadná období poukazující na existenci traumatických zkušeností patří obě světové války. Narozdíl od počátku století, kdy bylo trauma studováno především na ženské populaci, byl v této historické etapě obrácen pohled na muže a jejich poválečný psychický stav, lékaři nazývaný „shell shock“. Společným jmenovatelem mužů přeživších válku i žen trpících hysterií byly stejné symptomy: křik, mutismus, pomočování, ztráta sebekontroly, poruchy pozornosti, paměti a emoční labilita.

Ačkoli se již ve 40. letech vyskytovaly studie se zaměřením na klinický obraz traumatu v podobě, jakou ji známe v současnosti, teprve v roce 1980 bylo psychické trauma uznáno jako klinická diagnóza a zařazena Americkou psychiatrickou asociací do Diagnostického a statického manuálu duševních poruch DSM-III pod název „posttraumatická stresová porucha (PTSD-posttraumatic disorder)“ (American psychiatric association, 2000), v roce 1992 Světovou zdravotnickou organizací do Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : MKN-10, 2008). Přestože se diagnostická kritéria mezi oběma klasifikacemi různí, základní koncepce je shodná. PTSD je pojímána jako výrazná, závažná a přetrvávající extrémní reakce na stresor.

Přestože PTSD byla poprvé charakterizována v souvislosti s problémy vietnamských veteránů, nové vědecké výzkumy přeformulovaly trauma v moderním kontextu, rozšířily pohled na zdroj potenciální traumatizující události a spojily jej s mnoha dalšími traumatizujícími událostmi (Schnurr, 2009). Úřední potvrzení diagnózy PTSD dále vedlo k pozoruhodným, na tělo zaměřeným

výzkumům a k většímu pochopení lidské reakce na traumatickou událost, a tak se životy přeživších mohou díky přesnější diagnostice a komplexnější léčbě neustále zlepšovat.

2. 1. 1 Definice traumatu

O traumatu je v psychologické literatuře pojednáváno ve dvou základních, navzájem se prolínajících rámcích. První z nich zachycuje zdroj, podmínky vzniku a dynamiku traumatogenní události, druhý zkoumá jejich dopady na osobnost jedince.

Trauma je definováno jako situace hrozivého, děsivého rázu, při níž prožíváme zaplavující strach o vlastní existenci. D. Vizinová a M. Preiss připisují vznik traumatu působení jednoho extrémně silného zážitku nebo dlouhotrvající stresové situace, který má společné charakteristiky: příčina je vnější, extrémně děsivá, znamená bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity a vytváří v jedinci pocit bezmoci (Vizinová, Preiss, 1999). M. Glen, J., Jaffe a J. Segal, podobně jako výše zmiňovaní autoři vyzdvihují nepochopitelnost traumatogenní situace a neschopnost jí zabránit (Glen, Jaffe, Segal, 2005). D. Baldwin podotýká, že i přes neobvyklost a hrůzu těchto zážitků, které vyvolávají často zvláštní a znepokojující reakce, se jedná o normální reakce na mimořádné události (Baldwin, 2010).

Dopad traumatizující události na vývoj osobnosti může mít nejrůznější kvality, jak ukazuje druhý typ definic. Jedná se spíše o obecné vymezení než o přesnou charakteristiku klinických příznaků. Příkladem se může stát vymezení D. Vodáčkové, podle níž je trauma situací, kdy selhaly adaptační mechanismy využívané při běžné zátěži (Vodáčková, 2002). Je provázena prožitky ohrožení života či psychické integrity stejně jako pocity bezmoci a ztráty kontroly nad děním. Následkem toho se jedinec cítí zranitelný v nebezpečném světě. Zvláště ohrožující je tento zážitek, pokud se odehrál v dětství, neboť může přetrvat a přenést do dospělosti základní pocit strachu a bezmoci.

Novější literatura nenabízí pouze negativní vymezení symptomů, ale i pozitivní důsledky v minulosti působícího traumatického podnětu či situace, tzv. fenomén posttraumatického růstu. Mezi jedny z hlavních představitelů myšlenek o posttraumatickém růstu patří R. G. Tedeschi a L. G. Calhoun, kteří pozitivní zvládnutí traumatu neopomíjí ani v běžné definici traumatu (Tedeschi, Calhoun, 1996, 2004, 2006). Traumatem rozumí takové životní okolnosti, které znamenají pro člověka významnou výzvu či narušení důležitých oblastí jeho dosavadního i předpokládaného světa (Tedeschi, Calhoun, 2006).

Je nutné si uvědomit dvě zákonitosti. První skutečností je fakt, že každá osoba reaguje rozdílně na stejné situace, a proto je obtížné vysvětlit a predikovat reakci osobnosti. Druhá minimalizuje význam traumatogenní události, neboť ne situace sama, ale odezva organismu na ni je klíčovou odpovědí na otázku, jak člověk vnímá, cítí a přemýšlí o této zkušenosti, ať již v pozitivním či negativním souhrnu příznaků (Glenn, Jaffe, Segal, 2005). Podle tohoto vymezení neexistuje objektivní skutečnost, která určuje, zda je událost traumatická, nýbrž subjektivní zážitek

z této akce. Jak uvidíme dále, autoři se nevyhýbají kategorizaci jevů, které mohou být potenciálně náročné a vyžadují zvláštní způsoby řešení. Také D. Boadella podtrhuje subjektivitu vnímání prahu traumatické reakce: události, které u jednoho člověka vedly k vyvolání těžké traumatické reakce, u druhého způsobily pouze lehčí stresovou odpověď (Boadella, 2007)⁷. Naproti tomu staví svůj názor J. L. Herman, podle nějž situace samotná je naopak nejvýraznějším specifickým vznikem traumatických symptomů (Herman, 2001).

Obecně řečeno, jaká je závažnost, rozsah, druh, četnost a individuálně percipovaná významovost ohrožující situace; co se ukrývá v naší osobní historii; jakou máme emoční stabilitu; jaké vlastní hodnoty a přesvědčení; jaké máme naučené zvládací mechanismy a důvěru ve vlastní schopnosti čelit nebezpečím a výzvám; jaké k nám přichází reakce a podpora blízkého i širšího sociálního prostředí; jaká je naše konstitučně daná odolnost vůči stresu, to jsou jedny z mnoha faktorů, které ovlivňují rozvoj traumatické reakce.

2. 1. 2 Geneze traumatu

Existují dva typy situací vyvolávající traumatickou odpověď u některých osob: události a procesy. Náhlá, neočekávaná stresující událost, která je časově i prostorově omezena, je prvním typem traumatizujících zkušeností (Jones, 2008, Herman, 2001). Do této kategorie spadají např. autonehody, přírodní katastrofy či jednorázové zneužití. J. Praško upozorňuje na traumatogenní vlivy invazivních zdravotnických zákroků jako implantace, ukončená těhotenství, prodělané život ohrožující onemocnění či intenzivní biologická léčba (Praško, 2004).

Naopak traumatický proces vzniká jako probíhající expozice dlouhotrvajícího stresu, jako je válka, dlouhodobé vystavování se emoční zátěži, na kterou nemáme vyvinuté mechanismy zvládnutí, fyzické týrání apod. (Jones, 2008).

Jiná typologii traumatu založená na časovém hledisku, která navazuje na myšlenky P. M. A. Ogdena (Ogden, Minton, 2000) či P. A. Levina (Levin, 2002,) klade původ traumatu do systému, nejčastěji rodinného, v němž zůstává trauma jako otisk určitých událostí, které podvědomě generačně působí (Marada, 2007). Tento typ vzniku traumatu ilustrují četné studie o traumatizujících, transgeneračně působících zážitcích z války či koncentračního tábora (Kansteiner, 2004). Dalším typem, běžně v literatuře zpracovávaném, je autobiografické trauma, tedy jakékoli zkušenosti traumatu získané v naší osobní historii. Jako poslední druh traumatické zkušenosti uvádí, C. G. Jungem inspirované, trauma archetypální, které vychází z našeho kolektivního nevědomí (Jung, 1994).

Jiné typologické hledisko volí D. Vizinová a M. Preiss. Dle nich existují tři základní formy traumatizace: primární (člověk je přímo objektem), sekundární (podnětem je zkušenost s traumatizací

⁷ BOADELLA, D. (2007). *Cesta od strachu k naději : léčení traumatu (Veřejná přednáška)*. Praha: Diabasis. 2007, ústní sdělení v rámci dané přednášky, text neautorizován.

blízké osoby), terciální (člověk je v kontaktu s primárně nebo sekundárně traumatizovanou osobou, které se snaží pomoci, např. role psychologů, humanitárních pracovníků) (Vizinová, Preiss, 1999).

Výše zmíněná členění lze doplnit pro větší rozmanitost kategorizací od M. Glenna, J. Jaffa a J. Segala, kteří vyzdvihují kvalitu rozpoznatelnosti či potenciality situace vyvolat traumatické reakce jedince (Glenn, Jaffe, Segal, 2005). Psychologické trauma může být důsledkem událostí, které jsou primárně uznávané jako vysoce rizikové a nazývají se traumatické, např. přírodní katastrofy, válečné zážitky, fyzické napadení apod. Existuje méně nápadný druh událostí, kterými jsou často přehlížené zdroje traumatu, tzv. potenciální události, mezi něž patří chirurgické zákroky (zejména do tří let života), sportovní úrazy, porodní trauma, potrat či náhlé úmrtí blízké osoby. Do posledního, nejméně uvědomovaného okruhu rizikových zdrojů, jsou řazeny posttraumatické stresové vlivy pramenící z nedostatečné primární vazby s pečovatelem v dětství, tzv. vývojová neboli relační traumata. Konkrétně se jedná o velmi brzké či náhlé separování dítěte od rodiče v raném věku, o narušeném attachmentu, kdy pečovatel není dostatečně dobře naladěný přijímat signály dítěte nebo na ně adekvátně reagovat. Do této kategorie spadají i duševní a somatické poruchy rodiče či dítěte, které mohou být významnou překážkou pro rozvoj bezpečného, harmonického vztahu.

M. B. Williams a S. Poijula rozšiřují výše uvedené klasifikace podnětů způsobujících traumatický zážitek o charakteristiky působících proměnných, které úzce souvisí s reakcemi na nebezpečí, následným rozvojem PTSD nebo adaptivním dokončením traumatické odpovědi organismu (Williams, Poijula, 2002). *Preventivní faktory* zahrnují dosavadní zkušenosti jedince, copingové strategie, rodinnou historii a kvalitu vztahů v širším sociálním prostředí, věk jedince, genetické predispozice. Mezi souhrn důležitých znaků samotné události, tzv. *faktory události*, patří geografická vzdálenost traumatické události, míra vystavení se této situaci, věk oběti, četnost opakování, hrozba, že nebude trauma přerušeno. Konečnou kategorií faktorů, které přispívají k rozvoji PTSD jsou *post-událostní faktory*, mezi něž autoři řadí absenci sociální podpory, neschopnost porozumět události či požádat o pomoc, ztrátu dosavadního zázemí (Williams, Poijula, 2002).

Jinými důležitými faktory zúčastněnými na rozsahu traumatického zranění jsou *vnitřní locus of control* (důvěra ve vnitřní schopnosti a možnosti ovlivnit a kontrolovat událost), *self efficacy* (koncept vnímání osobní užitečnosti, důvěra ve vlastní copingové mechanismy), *pocit coherence* (zahrnuje schopnost porozumět traumatické události) a *hardiness* (osobní nezdolnost, schopnost jedince vytrvale a efektivně zvládat překážky) (Křivohlavý, 2001, Williams, Poijula, 2002).

I přes rozdílné přístupy a koncepce, shodným názorem výše uvedených autorů zůstává, že potenciálně traumatizující událost je vědomě či nevědomě vnímaná jako život ohrožující a vzbuzuje zvýšené nároky jedince na vyrovnání se s touto lidskou zkušeností.

2. 1. 3 Trauma, jeho dynamika a symptomy

„Traumatické události jsou mimořádné ne proto, že by se vyskytovaly zřídka, ale právě proto, že přesahují běžnou lidskou schopnost přizpůsobovat se životu (J. L. Herman, 2001, str. 55). Otřásají základy naší víry v bezpečnost světa a rozbíjí naši předpokládanou důvěru v něj (Levin, 2009, Tedeschi, Calhoun, 2006).

Moderní psychologie a psychiatrie má stále málo poznatků o rozličných a mnohoznačně působících osobnostních a situačních faktorech, které určují, jakým způsobem a zda vůbec se nás traumatická událost dotkne. V protikladu s tím detailně rozpracovává a postihuje soubor tělesných a psychických reakcí na ohrožení, které jsou pravděpodobně adaptivní a původně se vyvinuly za účelem pomoci zorientovat se v nebezpečné situaci a úspěšně se vyhnout následující (Herman, 1997).

Tomuto pohledu je blízký příspěvek P. Valenty o následcích traumatických událostí v podobě tzv. *strategií přežití* (angl. zkratka SSS) (Valent, 1998). Pod tento termín vztahuje obecně uznávané reakce na stres: útok a únik, které byly rozpoznány již Ch. Darwinem jako evoluční atributy nápomocné k přežití jedince a které H. Seley rozšířil o neurohumorální poznatky v teorii obecného adaptačního syndromu (Darwin, 2001). P. Valent navrhl osm strategií přežití s cílem vysvětlit rozmanité a často protikladné reakce na stres, které jsou popisovány jako fenomény posttraumatické poruchy. Strategie přežití vysvětlují adaptivní a maladaptivní, biologické, psychologické a sociální prvky a jejich následky ve společenském, morálním a duchovním rozměru (viz. obr. č. 16). Mimo známých strategií útoku a boje sem řadí např. přizpůsobení, soutěžení, spolupráci, připojení se, záchranu a další (Valent, 1998).



Obr. 16 Strategie přežití a jeho místo v procesu vzniku ohrožení života (Valent, 1998, str. 117).

Někdy jsou lidé schopni se s těmito odpověďmi organismu na nebezpečí účinně, adaptivně vypořádat pomocí svých vlastních systémů podpory a příznaky vymizí do několika dní či týdnů po prožití události. Pokud symptomy přetrvávají nebo se objevují extrémní reakce na traumatickou událost zasahující do každodenního života, mluví o **posttraumatické stresové poruše (PTSD)** (Baldwin, 2010, Levin, 2009).

Při posttraumatické stresové poruše se neukončená traumatická reakce vrací a je znovu prožívána na psychické, tělesné i behaviorální rovině. Neukončenost této události začíná na biologické úrovni. Při percepci ohrožení se aktivuje přímo limbický systém, kde amygdala vysílá alarmující signál do hypothalamu a díky tomu dochází k aktivaci dvou různých systémů. Sympatický nervový systém stimuluje uvolňování hormonů z nadledvinek, adrenalinu a noradrenalinu, které mobilizují tělo k útěku či boji, reakcím na ohrožení. Druhý systém působí kortikoliberinem (CRH) na hypofýzu, která pomocí adrenokortikotropního hormonu (ACTH) stimuluje vylučování kortizolu z nadledvinek. Kortizol pomáhá po odeznění události zastavit produkci aktivizujících hormonů a tím opět dosáhnout tělesné homeostázy. Jestliže celý tento mechanismus probíhající po ose *hypothalamus-hypofýza-nadledvinky* (HPA) dojde až k fázi navrácení těla do homeostázy, posttraumatická stresová porucha se nerozvine a událost je ukončena (Rothschild, 2000, Solomon, Heide, 2005, Schreiber, Marešová, 2004).

Když není možné klást odpor ani uniknout a jedinec vyhodnotí situaci jako bezvýchodnou, lidský obranný systém se přetíží a rozvrátí. Různé komponenty normální reakce na nebezpečí budou mít tendenci přetrvávat v pozmeněné a zvětšené podobě i po odeznění ohrožující situace. Traumatická událost tak způsobí hluboké změny v emocích, poznávacích a paměťových schopnostech a v oblasti fyziologické excitability. Neustále aktivovaný nervový systém má tendenci k hyperarousalu, přílišné aktivitě, i hypoarousalu, inhibované aktivitě, což výrazně zasahuje do běžného fungování jedince střídavým obdobím hyperaktivity a vyčerpání (Herman, 2001, Rothschild, 2000).

Traumatizovaná osoba může být ve stavu ustavičné ostražitosti a podrážděnosti a prožívat intenzivní emoce, aniž by si jasně vzpomínala na událost (van der Kolk, 1988). Někdy si naopak pamatuje vše detailně, ale bez emočního doprovodu (Rothschild, 2000). Tento stav poukazuje na určitý druh fragmentace, jehož účelem je sebeochrana organismu. Podle J. L. Herman mají traumatické symptomy tendenci oddělovat se od svého zdroje a žít vlastním životem. Lidé pak konají způsobem, jako by byli izolováni od současnosti (Herman, 2001).

Narušená schopnost integrovat vzpomínky na tíživou událost je vázána na změnu produkce hormonů působících na činnost hippocampu. Právě hippocampus a amygdala, podkorové oblasti limbického systému, zodpovídají za zpracování událostí a jejich zapamatování; amygdala jako centrum emocionální paměti a hippocampus jako významná oblast pro usazení událostí v čase a prostoru (van der Kolk, 1998, van der Kolk, Fisler, 1995, van der Kolk, van der Hart, 1989). Poruchy paměti mohou být dle E. G. Schachtela nejen amnestické, jako popisuje B. Rothschild, ale i hypermnestické, což dokazují četné studie zaměřené na přesnost vzpomínek významných událostí (Rothschild, 2000, Schachtel, 1947).

B. van der Kolk připomíná, že již v roce 1889 P. Janet v publikaci „L'Automatisme Psychologique“ předpokládal biologickou souvislost vlivu traumatu na paměťové funkce (Janet cit. podle van der Kolk, van der Hart, 1989). Dle jeho úvah intenzivní emoční zážitky

zanechávají stopu v nervovém centru a integrují se do existujících paměťových schémat. Autor poznamenal, že tyto silné emoce vyvolané traumatizujícím podnětem jsou uloženy mimo vědomí v podobě viscerálních podnětů (úzkost, panika), nebo jako vizuální obrazy (noční můry a vzpomínky) (van der Kolk, 1994, van der Kolk, 1998, van der Kolk, van der Hart, 1989).

Pomocí výsledků z dlouhodobého výzkumu mozku u traumatizovaných klientů B. van der Kolk podpořil a zpřesnil dosavadní závěry o neurologickém otisku život ohrožující události, které se týkají především činnosti limbického systému, mozkového kmene a čelního laloku. Limbický systém hodnotí emocionální význam přicházejících podnětů a podílí se na funkci paměti, která interpretuje vše, co je bezpečné, nebo nebezpečné ve světě. Rozdílně oblast mozkového kmene moduluje úroveň vzrušení- spánku, dýchání, močení a chemické rovnováhy. Za sníženou schopnost plánovat, racionalizovat či potlačovat nevhodné chování během působení traumatického podnětu nese odpovědnost aktivita čelního laloku (Perquin, 2008, van der Kolk, Fisler, 1995, van der Kolk, 2007). Tím jsou osvětleny určité sociálně psychologické jevy.

Konkrétně lze v neurobiologických studiích pátrat po odpovědích, proč si lidé nejsou schopni vybavit všechny okolnosti události, co způsobuje sníženou schopnost rozlišovat bezpečí a nebezpečí, proč se vyskytují problémy s myšlením a mluvením a proč jedinci obtížněji komunikují s ostatními při prožívání velmi silných stresových situací nebo jak dochází k neukončené mobilizaci organismu.

V závislosti na charakteru traumatogenní události, osobních proměnných, sociální podpory a dalších působících faktorů mohou účinky traumatu přinést jasné příznaky posttraumatické stresové poruchy nebo nemusí dosáhnout klinicky významné úrovně postižení (Margolin, 2008). Vliv traumatu na osobnost jedince a jeho kvalitu života je tedy značně subjektivní. I přes jeho zjevné rozmanité účinky jsou stanovena určitá kritéria, která obsahují základní znaky *Poruchy přizpůsobení (F 43)*, jak je uvedeno pod úzkostnými poruchami v MKN 10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : MKN-10, 2008).

V popředí symptomatologického obrazu stojí epizody opakovaného znovuprožívání traumatu v živých vzpomínkách a ve snech, pocity necitlivosti a emoční otupění, ztráta zájmu o příjemné činnosti, obtíže s pozorností, odtažení se od lidí a vyhýbání se veškerým podnětům připomínajícím traumatickou událost. Často se přidružují pocity úzkosti, deprese či suicidální myšlenky (Herman, Praško, 2004, Jones, 2008).

Všechny tyto různorodé symptomy PTSD rozřazuje J. L. Herman do tří základních kategorií: *zvýšená dráždivost* jako odraz ustavičného očekávaného nebezpečí; *intruze*, znovupakování díky obtížně smazatelným paměťovým stopám; *ustrnutí a ochromení* jako úniková reakce, stav vědomí (Herman, 2001).

Jinou klasifikaci, do určité míry vždy přítomných traumatických symptomů, přináší P. A. Levin (Levin, 2002). Společný pohled s J. L. Herman mají na příznaky *zvýšené dráždivosti a stažení* (Herman, 2001). Stažení se, podle D. Vizinové a M. Preisse sevření či konstrikce, je důsledek ochromení z totální bezmoci, které směřuje k inhibici aktivity, impulzivity a emočního

prožívání (Vizinová, Preiss, 1999). Vědomé vnímání okolí se zužuje a pozornost se zaměřuje na ohrožení. Fyziologicky dochází ke změně dýchání, svalového tonu, vazokonstrikci.

Třetím symptomem, *disociací*, popisuje P. A. Levin způsob ochrany člověka před neúnosným vzrušením. J. L. Herman jej řadí pod kategorii ustrnutí. Zkresluje se vnímání času, prostoru, ale i citlivosti vlastního těla. Jednou z možných podob odpojení se od svého těla či myšlenek je popření a somatizace (Herman, 2001, Levin, 2002).

Traumatické zranění je provázeno *bezmocí*, jejímž častým důsledkem je pokles aktivity nervového systému. V jedinci se střídají dvě protichůdné reakce, akcelerace i inhibice nervového systému, intruze a ustrnutí. Možné vysvětlení lze shledat v pokusu organismu najít rovnováhu mezi těmito protichůdnými stavy, neboť ani jedna z těchto dvou reakcí na nebezpečí neumožňuje integraci traumatické události do vědomí (Levin, 2002, Herman, 2001, Vizinová, Preiss, 1999).

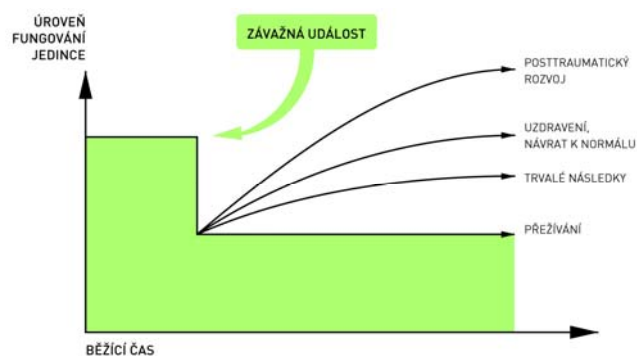
I přes to, že se nemusí vyskytovat všechny příznaky naráz a ve stejné intenzitě, významně zasahují do společenského i pracovního života postiženého a mohou vzniknout v jakémkoli věku jako zpožděná nebo protahovaná odezva na stresovou událost či situaci hrozivého charakteru, která způsobuje pronikavou tíseň. Podle délky trvání symptomů se rozlišuje posttraumatická stresová porucha akutní, chronická a s odloženým začátkem (Praško, 2004, Jones, 2008).

Zatímco negativní krátkodobé i déletrvající reakce na nebezpečí jsou podrobně zdokumentované, nedávno vzniklá literatura poukazuje na hluboké transformační procesy, které jsou vybuzeny po zážitku traumatu a jsou ceněny jako pozitivní následky traumatické zkušenosti.

Na počátku vědeckého zájmu zkoumání pozitivních důsledků negativních událostí stojí patrně logoterapie V. E. Frankla (Frankl, 2006). Na základě osobních zážitků z různých koncentračních táborů dospěl autor k přesvědčení, že „...právě tam, kde nemůžeme svoji situaci změnit, právě tam se po nás žádá, abychom změnili sami sebe, abychom dozráli, dorostli a nakonec přerostli sami sebe“ (Frankl, 2006, str. 168). Právě v mezních situacích čelí člověk výzvě, aby podal svědectví o tom, čeho je schopen (Mareš, 2008).

Studium pozitivních změn a přínosů v rámci posttraumatického růstu se více systematicky rozvíjí od 80. let minulého století. Na Oddělení klinické psychologie univerzity v Newcastleu, kde působí A. I. Sheikh, se v posledních pěti letech uskutečnilo mnoho výzkumných projektů v dané oblasti (Sheikh, 2008). I další autory jako např. R. G. Tedeschiho, L. G. Calhouna, P. A. Linleye, S. Josepha či J. L. Jones e spojuje společné téma vyjadřující paradox, že hluboká osobní hodnota může vzniknout z hluboké osobní tragédie (Jones, 2008, Linley, Joseph, 2004, Tedeschi, Calhoun, 2004).

Neznamená to, že by traumatizovaní jedinci unikli negativnímu dopadu situace, ale někteří z nich skrze extrémní nepříznivé okolnosti dosahují životní moudrosti, jedinci „nečekaně přechází na novou úroveň významu, mění filozofický postoj a tím vztah k sobě a ke světu“ (Sheikh, 2008, str. 85), jak lze vidět v grafické podobě na obrázku č. 17.



Obr. 17 Průběh reakce na traumatickou událost (modifikováno dle Tedeschiho, Parka, Calhouna, 1998).

R. G. Tedeschi a L.G. Calhoun na základě kvalitativních studií s dospělými jedinci prvně označili pozitivní zisky v rámci traumatické situace jako **posttraumatický růst** (Posttraumatic growth- PTG) (Tedeschi, Calhoun, 2006). Zahraniční studie uvádí vedle PTG další pojmenování tohoto fenoménu. Nalezneme je pod názvy: růst související se stresem (stressrelated growth), růst po neštěstí (adversial growth), vnímaný prospěch (perceived benefit), prospívání (thriving), pozitivní přerámování (positive re-interpretation), požehnání, milost (blessing), pozitivní přizpůsobení (positive adjustment) či pozitivní adaptace (positive adaptation) (Linley, Joseph, 2004, Tedeschi, Calhoun, 1996).

Posttraumatický růst značí zkušenost pozitivní změny, ke které dochází v důsledku zápasu s vysoce nepříznivou životní krizí (Mareš, 2008, Preiss, 2009). Je chápán jako „protiklad posttraumatické stresové poruchy, což vede ke zdůraznění skutečnosti, že určitý pozitivní zisk v podobě růstu se projevuje i v těch nejzávažnějších traumatizujících okolnostech a navzdory stresu, který současně působí“ (Tedeschi, Park, Calhoun, 1998, str. 3). Projevuje se mnoha způsoby, z nichž autoři vyzdvihují pět základních oblastí: větší ocenění života obecně, více smysluplných interpersonálních vztahů, zvýšené vnímání vlastní síly, změna priorit a bohatší existenciální a spirituální život (Tedeschi, Calhoun, 1996).

Tradici, která hovoří o potenciálu k překonávání utrpení a objevování vlastních zdrojů energie pro změnu, lze vystopovat již od starověku v náboženských a filozofických úvahách u Řeků, křesťanů či buddhistů. V Číně se vyskytuje znak pro krizi, který je zkombinován ze dvou slov-ohrožení a příležitost. Po stovky let existují možnosti, jak mohou být velké životní ztráty a náročné situace zdrojem osobnostní proměny a růstu. V novověku připomínají tento přístup psychologická díla V. E. Frankla a také myšlenky humanistických směrů (Frankl, 2006, Rogers, 2000, Sheikh, 2008).

Existenciální a humanistická psychoterapie oceňuje paradoxní důsledky hraničních či traumatizujících událostí, které „poukazují na absurdní snahu dosáhnout jistoty a bezpečného způsobu života, a vedou tak člověka k plnějšímu prožívání a většímu uvědomění svého bytí ve světě“ (Veselá, 2008, str. 63).

Náročné životní situace jako zdroj osobnostní proměny a růstu odpovídají perspektivě pozitivní psychologie. Trauma z pohledu pozitivní psychologie tak kontrastuje s tradičním zaměřením na negativní příznaky plynoucí z traumatické zkušenosti a zdůrazněním významu traumatu pro psychopatologický vývoj. Na základě úvah M. E. P. Seligmana a P. A. Linleye neurčuje pozitivní psychologii soubor technik v terapii, ale myšlenky terapeuta o základních předpokladech lidské povahy, podle nichž jsou lidské psychice vrozené tendence, které napomáhají růstu, integraci a řešení psychologických konfliktů (Seligman, Linley, 2004). Pesso Boyden psychomotorická terapie s jejich optimistickým pohledem na člověka i možností změny a individuálním rozvojem jedinců výrazně rezonují s principy pozitivní psychologie.

2. 1. 4 Pohled na trauma v rámci PBSP

„Trauma je jedním z nejničivějších vloupání a poškozování života člověka“ (Schrenker, 2008, str. 99).

Jedná se o fyzické a emocionální reakce na ohrožující podnět, které spouští náhlé a nežádoucí účinky, jež přesahují naše hranice rozsahu běžně užívaných zvládacích mechanismů, které nejsou v danou chvíli dostačující. Touto definicí se PBSP nijak neodklání od běžně definovaného termínu traumatu. Autoři PBSP charakteristikou podnětů, které mohou traumatickou událost vyvolat, zasahují velkou oblast různorodých situací a okamžiků. Ty se na první pohled jako traumatizující jevit nemusí. Příkladem může být život měnící událost jako je ztráta partnera, potrat či dlouhodobé nemoci a operační výkony. „Důležitým aspektem je proces subjektivní důležitosti této akce pro jednotlivce a jeho zranitelnost v dané době“ (Schrenker, 2008, str. 102). Události bezprostředního fyzického ohrožení života, ale i psychologické a sexuální trauma jsou základními kategoriemi ohrožujících zkušeností v teorii psychomotorické terapie. Společným jmenovatelem všech zůstává zážitek intruze, který brání rozvoji zdravé, integrované, komplexní sebeochrany proti zneužívání mysli i těla.

Nepatrná situační podobnost s původním podnětem má sílu znovuaktivovat vnitřní reakci organismu na nebezpečí. van der Kolk a van der Hart se domnívají, že oběti traumatu často zažívají tyto pocity bez pochopení souvislostí s jejich kořeny (van der Kolk, van der Hart, 1991).

L. Perquin přináší výsledky z použitých zobrazovacích technik, v nichž je zřetelná vysoce aktivní oblast zrakové kůry mozku a oblast amygdaly, naopak sníženou činnost vykazuje Brocovo centrum řeči (Perquin, 2008). Tyto neurologické výsledky odpovídají zkušenostem psychoterapie, kdy traumatizovaní lidé nejsou často schopni vyjádřit slovy, co cítí. Alexythimie má co dočinění s primitivními strategiemi přežití našich předků. V situaci nebezpečí museli rychle reagovat, aby přežili, a vědomá reflexe a úvahy by znamenaly ztrátu času a v realitě jejich smrt. V tomto ohledu naše evolučně zděděná neurologická organizace mozku reaguje na ohrožující signály přímou cestou do mozkového kmene. P. A. Levin vedl dlouhé roky výzkum rozboru těchto archaických vzorů

a představoval je na chování antilopy (Levin, 2002). Jedním ze základních typů reakcí je čelit hrozbám, druhým je znehybnět, ztuhnout.

Podle A. Pessa tyto odpovědi organismu na nebezpečí uvolňují nekontrolované síly. Když přichází nebezpečí můžeme *utíkat, zamrznout, bojovat* nebo *nabízet lásku* jako usmíření (Pesso, 2007). Pokud naše fyzické či psychické limity byly překročeny násilím, bezmocí, strachem, neseme si důsledky v našem životě a toužíme po ochraně. Jestliže ochrana nepřichází zvenku, jedinec se chrání tím, že se oddělí od svých pocitů a přestane cítit, disociuje se. Jinou obranou může být depresivní prožívání či sebedestruktivní jednání. Sebedestruktivní chování může mít podobu sebepoškozování, hladovění či povahu nechráněného sexu a zmírňuje mnoho různých příznaků jako prázdnotu, pocity viny, vzteku apod. (Pearson, 200?, Schrenker, 2008).

PBSP jako systém emocionální regenerace znovuzvědomuje a znovuaktivuje tělovou paměť a emoční energie, které byly přítomné ve formě symptomů disociace či hyperarousalu. Je známo, že dlouhodobé reakce na stres, na trauma mají negativní dopad na naši fyzickou, emoční i psychospirituální pohodu. Z toho důvodu se ukazuje jako užitečné při léčbě traumatizovaných klientů vytvořit podmínky, které by umožnily, aby se všechny reakce související s ohrožením staly vědomé, byly pojmenovány, byl jim dán prostor k vyjádření a byly přijaty a nehodnoceny. Nejdříve se hojivé kroky dějí pomocí cvičení, která podporují navracení kontroly a citlivosti k vlastnímu tělu a důkladné edukace. Až poté mohou traumatizovaní klienti vstoupit do procesu struktury (Pesso, 1991).

Z obecné definice traumatu vyplývá, že jedinec, který je zavalen bezmocí a zraněním v ohrožující události, ztrácí nad situací moc a kontrolu. Toto právo na kontrolu situace musí být klientovi navráceno a nezadatelně zajištěno. Nesmí být ignorovány jeho potřeby, aby nebyla opakována stará historie. Klient potřebuje zpět získat také kontrolu nad svými emocemi, tělem a vztahy. U traumatizovaných lidí můžeme pozorovat dysregulaci vztahů, která se projevuje vyhýbáním se a zároveň úzkostným lpěním na sociálním okolí, přechodem mezi žádostí o pomoc a jejím odmítnutím, touhou po intimní blízkosti a obavy z ní. Pocity strachu, hrůzy, smutku a poranění musí být povoleny a adekvátně vyjádřeny, stejně jako musí být tyto pocity oceňovány prostřednictvím ideálních osob. Jen za těchto okolností mohou být integrovány a nezůstat uzamčené v somatických symptomech (Pearson, 200?).

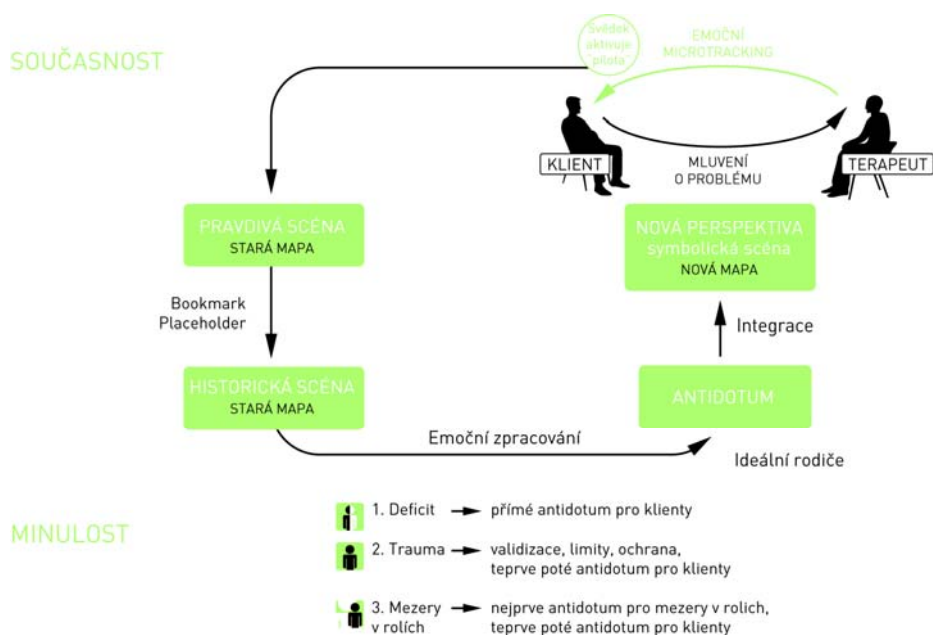
Jak těchto kroků v PBSP rámci dosáhnout? Odpověď psychomotorická terapie vměstává do jejího hlavního cíle - vytrvalé podpory klientovy samostatnosti. Jak bylo řečeno, u klienta s traumatickou zkušeností se při bezmoci aktivují primární strategie ochrany, které obchází činnost kůry mozkové a vědomá úroveň je výrazně snížena. A. Pesso tento proces nazývá „vypnutím pilota“ (Pesso, 2007). Bez schopnosti rozhodovat a aktivně se účastnit terapeutického procesu není léčba možná, proto je nutná jeho obnova. V souvislosti s traumatickou historií zároveň vyvstává nebezpečí, že s obnovením vědomé funkce ztratí klient opět kontrolu nad situací pod vlivem hrozby bezmocnosti (Schrenker, 2008). Tuto situaci je nutné mít stále na paměti a poskytovat od počátku

podpůrné a ochranné postavy, které pomáhají zvládnout klientovi tyto silné emoce bezpečným způsobem.

Po dlouhé roky se v psychoterapii objevuje základní přesvědčení, že se skutečné léčení traumatických zážitků děje prostřednictvím katarze. Potlačované, bolestivé vzpomínky je nutné dát zpět do vědomí a zažít pocity spojené s tímto procesem jako základ hojení. A. Pesso na základě pozorování tohoto postupu zjistil, že každá reaktivace je zároveň retraumatizací, což přispívá k posilování existujících příznaků (Pesso, 200?). Místo toho v daném bodě PBSP terapie kotví nový aktivní způsob klienta, jak se v této situaci ochránit proti zahlcení intenzivními pocity z aspektů reálného příběhu. „Tam, kde bylo zaznamenáno násilí, zranění nebo ochromení, bývalo by bylo potřeba pomoci, milujícího života, ochrany a dodržování limitů“ (Schrenker, 2008, str. 144). A. Pesso z historie okamžitě vyvolává léčení v symbolické scéně s vědomím toho, že jedinec ví, co v jeho příběhu tenkrát chybělo či přebývalo v interakci s okolním světem (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Pesso, 200?, Pearson, 200?, Schrenker, 2008).

Pesso Boyden psychomotorická terapie uvolňuje akumulovanou energii traumatické události ve formě emočního chování uplatňovaného v současnosti, kdy dochází ke znovumodelování výkladu této minulé události a k integraci vytěsňené vzpomínky do vědomí pomocí léčebné akce. Nový emoční zážitek tak napomáhá naformulovat bezpečné, normální, zdravé, adaptivní reakce na traumatickou událost, aby paměť uzamčená v těle nebyla probuzena jiným traumatem (Pesso, 2002a, Pesso, 200?).

Pro bližší dokreslení předkládáme fiktivní kazuistiku s komentářem. Základními pilíři pro její vytvoření se staly podklady z mnoha různých terapeutických sezení PBSP zahraničních lektorů, jejich přepisů či videonahrávek. Pro větší autenticitu je uvedená kazuistika psána běžně užívaným, hovorovým jazykem. Pro jasnější představu a orientaci v jednotlivých etapách sezení přinášíme modifikovaný obrázek č. 18 psychoterapeutického procesu PBSP.



Obrázek 18 Čtyř kvadrátový model průběhu struktury (modifikováno dle Perquina, 2006).

Počátku každé struktury předchází část nazývaná check-in, v rámci níž členové skupiny vzájemně sdílí, jak se jim daří a co se odehrávalo v jejich životech od posledního setkání. Naše klientka říká: „*Už třetí setkání se připravuju na to, že bych měla ráda strukturu a vždy, když se blíží setkání, tak mám v hlavě prázdnou. Přitom si vždycky odnáším kupu zážitků a děje se se mnou spoustu věcí. Chtěla jsem o tom mluvit už víckrát, ale až dneska mám odvahu a nebo spíš velký napětí. Závídím ostatním, jak umí hezky vyprávět.*“

Klientka se přihlásila o strukturu, sedá si doprostřed kruhu na zem před terapeuta a po krátké pauze začíná mluvit.

Komentář: Terapeut není tou osobou, která rozhoduje o skutečnosti, kdo bude mít v jaký čas strukturu. Poskytuje prostor členům skupiny, aby se při větším zájmu dohodli na pořadí nebo se volí technika losování, kde mají všichni stejné šance. Důležitou oporou je také kontrakt, v němž je specifikován počet terapeutických sezení vzhledem k danému času.

K: „Nevím o čem mám dneska mluvit, přijdu si jako za stěnou, nemohu se dostat ke svým pocitům“.

Komentář: Klient si může připravit téma, o kterém chce hovořit, nebo volně asociovat. Mnoho klientů přichází ve struktuře s tématem, které je doprovázeno aktuálně přítomnými emocemi. Pro terapeuta je ve struktuře důležitý moment, kdy se objeví emoční výraz na tváři klienta či v pohybu. V tu chvíli provádí mikrotreking pomocí hlasů a svědka.

T: „Máme tu hlas disociace, který říká: „Odděl se od svých pocitů, buď za stěnou!“

Komentář: Hlas je jedním z nástrojů zvědomování postojů, našich myšlenek, které představují klientovu realitu vnitřní zkušenosti, když byl dítě, nebo jsou následkem hodnocení, které načerpal z kontaktu s osobami ve svém životě. Schopnost disociace je jednou z obranných reakcí, kterou se jedinec chrání před zahlcením nepřijemnými pocity.

K: „Jo, tento stav znám, když mi odešla sestra, byla jsme malá a všichni kolem mne běhali, předávali si mne mezi příbuznými a já jsem moc nerozuměla, co se děje....je to vlastně úplně stejné teď, když o tom mluvím.“

Komentář: Nyní se poprvé objevil výraz ve tváři a klientka zároveň změnila postoj těla, schoulila se do sebe. Terapeut provádí tělově emoční diagnostiku a pomáhá jí prostřednictvím svědka zvědomit emoční doprovod mluveného a uvést jej do kontextu. A. Pesso definuje postavu svědka jako kladnou, pečující postavu, která nehodnotí, vidí a popisuje emocionální výraz klienta (Pesso, 1994).

T: „Kdyby tu byl svědek, tak svědek by řekl: „Vidím, kolik smutku cítíš, když mluvíš o tom, jak tvoje sestra odešla.“

Komentář: Na zpětné reakci klienta vidíme, zda nazvaná emoce byla správná nebo nikoli...když ji klient uslyší a zvědomí si ji, přikývne nebo odvětlí...ukazuje se

zde princip tvaru a protitvaru, který má kvalitu adekvátní či neadekvátní interakce. Prostřednictvím co nejpřesnějšího slovního popisu se klienti učí rozlišovat a pojmenovat různé, často subtilní, pocity. Rozvíjet slovník pocitů paralelně pomáhá klientům rozšiřovat jejich vnímání a zpracovávat emoce. Tento proces svědkování vychází z přirozené rodičovské funkce, kterou můžeme pozorovat ve vývoji (Schrenker, 2008). Rodič pojmenováváním emocí u dítěte rozvíjí jeho citové vnímání a následné vyjadřování a tím jej učí verbálně vyjádřit jeho vlastní zkušenosti.

K: „Odešla jako že umřela, je to pro mě těžký takto vyslovit nahlas...”

T: „Kdyby tu byl svědek, tak svědek by řekl: „Vidím, kolik bolesti cítíš, když vyslovuješ, že setra zemřela.”

Komentář: Bolest musí být viditelná na mimice, postoji, barvě hlasu, nejedná se o pouhou reflexi řečeného, ale o neustálý proces zvědomování tělové reakce na paměťový obraz (když mluví klientka o sestře, přicházející vzpomínky vidí jako obrazy jejím vnitřním zrakem, tzv. okem mysli a tělo reaguje na tento historický obraz) (Pesso, 2005). Aktuální vnímání, pocity a reakce na impulzy jsou úzce spojeny s původní situací.

K: „Hmm, ani si neuvědomuju, co bylo pro mne horší, jestli to, jak se o mně nikdo nestaral, a nebo to, jak jsem viděla všechny plakat...to bylo strašný, když na to teď vzpomínám a mluvím, tak začínám mít knedlík v krku a přitom nemám proč.”

T: „Je tu hlas, který říká: „Nemáš proč mít knedlík v krku!”

Komentář: Toto zvnitřnělé přesvědčení je ukryto za prožitkem a tvoří dobře přístupný motivační aspekt naší osobnosti (Siřínek, 2005). Cílem externalizace je dostat do původní interaktivní podoby to, co bylo internalizováno. Takto zobrazená „mapa vnitřních významů“ vzbuzuje další emoční reakce a myšlenky s tím spojené. Uvědomění myšlenek a pocitů z mikrotrekování je klíčem následného zvyšování kapacity klienta pro seberegulaci.

T: „Kdyby tu byl svědek, svědek by viděl, jak zaujatá jsi, když přemýšlíš o tom, co bylo pro tebe horší.”

Komentář: Pokud bychom se nedívali na klienta, z obsahu mluveného bychom se mohli domnívat, že se může cítit nejistá, úzkostná, ale i naštvaná apod. A. Pesso říká, že bychom byli stále v oblasti kůry mozkové, kdežto zaměření na tělo nás vede k hlubším vrstvám nervové soustavy, které souvisí s našimi pravými pocity (Pesso, 1994).

T: „Pojďme sem dát placeholder tvoji sestry, vyber si nějaký předmět a umísti jej do prostoru.”

K: Klientka si vybírá plyšáka želvu a dává jej vpravo metr od sebe, stále se na něj upřeně dívá a začíná plakat..

Komentář: placeholder je jakási databáze v naší mysli, databáze všech obrazů, myšlenek, vzpomínek, emocí, které daný symbol v tuto chvíli značí, vše co se ukazuje aktuálně v oku mysli klienta. Když se pohybujeme v historii klientových obrazů a internalizovaných významů, které se objevují v pozadí aktuálně prožívaných emocí, jsme v oblasti historické scény.

K: Klientka pláče... „Mně bylo teprve 7 let a moji sestřičce 4, byla vážně nemocná, zjistili to doktoři týden před smrtí...doted’ nevím, co jí přesně bylo, něco se srdcem, měla nějakou špatnou trubičku...s nikým jsem se o tom nebavila....proč se to stalo zrovna nám?“

Komentář: Placeholder vzbuzuje více konkrétních myšlenek a emocí a vede klienta významově do míst jeho nenaplněné historie, která se nyní aktuálně vybavuje. V tomto stadiu začínáme mít průhled do historického pole klientky, které je třeba ke stavbě symbolické scény. Se zkušeností z období vážné, život ohrožující situace mohou děti žít jako s hrozbou a nejistotou, plně pod tlakem nároků na sebe samé. Vnitřní zkušenost dítěte je poznamenána zážitky osamocení, kdy se dětem nedostalo vnější pomoci a které se stává masivním přetížením.

T: „Kde byli tví rodiče?“

Komentář: touto otázkou terapeut zjišťuje vztahovou situaci v rodině, klientka mluvila nejdříve o tom, jak o ní nebylo dostatečně pečováno, což poukazuje na deficit potřeby péče, zároveň byla vystavována nadlimitní emoční zátěži v době smrti sestry (můžeme předpokládat psychické trauma) a dále o rodičích již nemluví.

K: „Mám pocit, že nebyli, pamatuji si jen velké pocity samoty a strachu a zmatku....nerozuměla jsem tomu, co se děje, slyšela jsem jen hodně tichého hlasu mámy za dveřmi, pak byla Anežka v nemocnici a pak už nikdy nepřišla..., a já jsem si myslela, že když je někdo chvíli pryč a máma je za dveřmi, že ten někdo už taky nepříjde. Celý život se jen bojím, že někdo zemře.“

Komentář: zde se hypotéza o traumatické zkušenosti potvrzuje, neboť podle definice traumatu se jedná o jakoukoli situaci, kde jedincova integrita je ohrožena zážitkem, který vyvolává strach o svůj či cizí život...

K: „Kdyby tu byl svědek, svědek by viděl, kolik rozdílných emocí jako je bolest, úzkost, a strach ti situace s mámou za dveřmi a Anežkou, která nikdy nepřišla nazpět, přináší.“

Komentář: Klientka hovořila o vynořující se vzpomínce, která se dostala zpět do vědomí. Terapeut pomocí svědka komentuje viditelné emoce na její tváři s tím spojené a propojuje je s kontextem, který je třeba brát doslovně. Tím se aktivuje pilot a vnímání vlastních pocitů se dostává do popředí vědomí. Pocity mohou být nápadné pouze krátkou dobu a neustále se mění s tokem myšlenek, obrazů a vzpomínek (Bachg, 2004). Úkolem terapeuta je rychle se rozhodovat, jaký aspekt nebo emoci při mikrosledování vyzdvihnout.

A: Klientka hlasitě vzlyká, přikyvuje a drží si své ruce.

Komentář: Pokud klient ukazuje hluboké pocity, které dlouhou dobu zadržoval, neměl k nim přístup a nebo nebyly v jeho historii uznávané, naučí se self-self interakci. Chybí-li dítěti blízký kontakt, učí se být soběstačné a poskytovat si podporu a péči samo sobě. Utěšuje samo sebe, protože to nedělá nikdo z venku. Zde se ukazuje nevědomě tento starý vzor self-self interakce, když si klientka drží a hladí vlastní ruce. Nesmíme také opomenout z teorie traumatu, že si traumatizovaní klienti často neuvědomují potřebu ochrany, a také je důležité myslet na potřebu limitů, neboť u klientů s traumatickou historií je velmi častý strach, že je jejich emoce pohltní. Proto často vidíme u těchto klientů aktivované obranné mechanismy, které brzy odstraní silné pocity k jejich úplné disociaci.

T: „Jaké by to bylo, kdybychom sem vzali nějakou podpůrnou osobu, která by ti pomohla zvládnout tyto silné emoce a mohla by ti držet ruce způsobem, jak si je držíš sama a ochraňovala by tě. Není tvým úkolem zvládat vše sám, s tím jsi se nenarodila.“

K: „Hm, to bych potřebovala.“ Klientka se pousmála a rozhlíží se po místnosti, vybírá Marii do role ideální podpůrné a ochranné postavy.

Komentář: Velmi často klient cítí viditelnou úlevu, když stojí na scéně tato pozitivní postava. Pozitivní postava jí říká: „Se mnou můžeš cítit a vyjadřovat tyto pocity a já ti je pomohu zvládnout.“ V Pesso Boyden psychomotorické terapii je hraní rolí velice specifické, neboť se v nich zásadně neimprovizuje, nýbrž se co nejvěrohodnějším způsobem plní instrukce vzešlé z dohody klient-terapeut (Šířinec, 2005).

K: Klientka hluboce pláče a je v objetí této podporující postavy. Po chvíli říká: „Přijde mi to nyní spíše jako ideální matka“.

Komentář: V tomto momentě je vidět, že klientka má za sebou již několik struktur a je schopná žádat určité prvky-např. ideální matku. V nové skupině na počátcích s touto intervencí přichází terapeut. Postava ideální podpory se rozšiřuje na ideální matku. Tento moment v rámci struktury obvykle charakterizuje přechod k léčivé scéně.

IM: „Kdybych já byla tvoje ideální matka, když ti bylo 7 let, mohla bys být u mne takto schoulená v bezpečí“.

Komentář: Je důležité, aby zážitek s ideální matkou byl co nejuvěřitelnější. Naše klientka následovala své impulzy a sama je přivolala. Často se při kontaktu s ideálními postavami objevují ambivalentní pocity, jednak dojetí a také smutek, protože obraz milujícího rodiče v sobě nese mnoho aspektů nenaplněné touhy z vlastní historie.

K: Klientce začínají téct slzy po tváři a říká: „Nikdy jsem si neuvědomovala tak hluboký smutek nad zemřelou sestrou“.

T: „Jsi nyní ve spojení s ideální matkou, jaké by to bylo mít tady také ideální sestru, která by nikdy nezemřela?“

K: „Jo, to by se mi líbilo, jen nevím, zda tomu budu věřit, moje sestra je přece mrtvá.“

Komentář: Nyní se ukazuje aktuálně nedostatečné rozpoznání historické a symbolické scény. Je potřeba posílit bdělé vědomí a jako další krok je nutné provést edukaci a práci na pilotovi, řídící, vědomé, rozhodovací části. Bez toho nelze pokračovat v procesu PBSP, protože pokud by klient nevěřil a pokračoval ve struktuře, byl by používán a „hrál divadlo“ pro terapeuta. Zvětšoval by tak propast mezi svojí duší a Já.

T: „Rád bych se ujistil, jestli dobře rozumíš tomu, co se děje, když někdo vstupuje do rolí ideálních osob. Nejsou to reálné osoby z tvé historie, ale jsou to hráči v rolích ideálních postav, které mohou nyní aktuálně být s tebou a s tvými prožitky z minulosti a vytvářet symbolickou zkušenost. Neměníme tvoji historii, ta je tvojí součástí a pomáhá ti vědět, kdo jsi. Bez paměti bychom neměli identitu. Pouze vytváříme nové, alternativní zkušenosti, které si budeš moci ponechat ve formě zážitku. Je to takto srozumitelné?“

Komentář: Důležitou součástí PBSP procesu je edukace, která napomáhá klientovi rozumět souvislostem, definovat své „prožitkové mapy“ a napomáhá být si v každém okamžiku vědomý, co se odehrává uvnitř či vně mne.

A: „Je, jen jsem byla asi víc ponořená v minulosti, tohle mi pomáhá se vracet sem.“

T: „Kdyby tu byl svědek, tak by svědek viděl, jak si jsi jistá, co ti pomáhá se sem navracet.“

Komentář: Klient by neměl ztrácet kontakt se svými emocemi, neustále by měla plynout energie mezi myšlenkou na ideální rodiče, symbol nebo čímkoli, co se nyní odehrává, jediné tak se stává proces živým.

T: „Součástí terapie je dobrá znalost jejího procesu a já jsem v tuhle chvíli víc tvůj učitel než průvodce. Co tedy nyní říkáš na přivedení ideální sestry?“

Komentář: Z předchozí reakce je zřejmé, že si klientka znovu zvědomila různé časové scény v kterých se pohybuje, což napomáhá orientaci ve vnitřní zážitkové mapě a rozpoznání toho, co je skutečné, co symbolické, což je nutným předpokladem pro pokračování PBSP sezení.

A: „Můžeme to zkusit, jen teď ještě přemýšlím, že tam není nikde otec.“

Komentář: A. Pesso předpokládá, že se každý z nás rodí s gramatickou strukturou příbuzenských vztahů. Klientky žádost o ideálního otce potvrzuje toto geneticky dané očekávání, že každé dítě má dva rodiče, nejen matku či otce. To by mohlo být nebezpečím v realitě, které popisuje teorie mezer v rolích.

T: „Co s tím můžeme udělat?“

Komentář: Terapeut možností volby vytváří sféru možností, prostor, kde jsou respektovány a naplňovány potřeby jedince a rozvíjena jeho jedinečnost....impulzy by měly v co největší míře přicházet od klienta, nikoli od terapeuta.

A: „Chtěla bych tu mít oba ideální rodiče a ideální sestru.“

T: „Pojď je sem přivést.“

Komentář: od chvíle přivedení ideálních postav přecházíme z historické scény do scény symbolické, léčivé, první krok byl proveden již přítomností ideální matky na scéně.

A: Klientka vybírá do rolí své kolegy ze skupiny a kolegové opakují po terapeutovi: „Vstupuji do role ideální sestry, která by nikdy nezemřela, Vstupuji do role ideálního...“

T: „Kde by měli stát? Umísti je někam do prostoru.“

A: Klientka se dlouze rozhlíží a poté je usazuje kolem sebe do kruhu a chytá se s nimi za ruce.

Komentář: Klientka je řízena vnitřními impulzy, jak by měla ideální scéna vypadat. Jedná se o subtilní práci na základě vizuálně prostorového vnímání a elementární pocitové reaktivity (Širínek, 2005).

IR: „Kdyby my jsme byli tvoji ideální rodiče, když ti bylo 7 let, pak bychom tvořili takovouto pevnou rodinu a sedali bychom si zrovna takovým způsobem.“

IS: „Kdybych já byla tvoje ideální setra, nikdy bych nezemřela a byla bych součástí této rodiny a tvojí sestřičkou. Seděla bych vedle tebe a držela tě za ruku vždy, když by to bylo třeba.“

K: Klientka se usmívá a hraje si s rukama sestry a matky.

IR: „Kdyby my jsme byli tenkrát tvoji ideální rodiče, mohla by sis s námi a svojí sestrou takto hrát a my bychom se radovali, jakou máme spontánní dceru, která se umí radovat!“

Komentář: Terapeut poskytuje klientce četné interakce s ideálními rodiči a ideální sestrou. Je třeba se dotazovat, zda by chtěla v tuto chvíli ještě něco slyšet, nebo udělat a tím se neustále vytváří léčivá symbolická scéna, v které klientka zažívá nové zkušenosti, jež jí chyběly v jejím vývoji.

IR: „Kdyby my jsme byli tví ideální rodiče, nikdy bychom tě nenechali osamocenou a vždy bychom ti byli nablízku v těžkých chvílích.“

Komentář: Klientka se navrátila k pocitům z počátku struktury, kdy vyprávěla o svém osamocení. V tento moment je důležité ji podporovat, aby dostala vše, co nyní cítí a potřebuje. Je zde prostor na jakákoli slova a interakce, která naplňují neadekvátní sycení potřeb v průběhu historie, ať již deficitní či traumatické. Terapeut musí sledovat po celou dobu klientovu pracovní alianci, která je viditelná na neverbálních projevech, jako je např. úsměv, pokývnutí apod. (Schrenker, 2008). Neustále je dobré brát na zřetel klientova přání jako motivaci k dalšímu kroku v symbolické scéně.

...pokračuje interakce klientky s ideálními postavami až do momentu, kdy v tuto chvíli pocituje dobrý konec ve vymezeném čase.

Komentář: Pokud je interakce s ideálními postavami skutečně harmonická, odráží se pocit spokojenosti viditelně na celém těle klienta. Tělo se hluboce uvolňuje, klientka drží na jedné straně ruku ideální matky, na druhé ideální sestry a dívá se střídavě na všechny postavy včetně ideálního otce. Její tvář odráží vnitřní spokojenost malého dítěte. To je jasný signál, že je čas dokončit strukturu a přejít k fázi kotvení. Otevírá se tak rituální scéna pro klienta, který je požádán, aby si zvnitřnil, „nasál do sebe“ všechny tyto pocity, blízkost ideálních rodičů a ideální sestry, aby tuto zkušenost mohl internalizovat na emocionální i tělesné úrovni. Při této fázi se objevuje několikaminutové absolutní ticho. Tuto novou zkušenostní perspektivu považuje PBSP terapie za zdroj léčení. Obvykle je posledním rituálním krokem fáze hojení derolování ideálních postav, svědků, hlasů, placeholderů.

T: „Byl tu hlas disociace.....fuu.....už tu není, stejně jako postava svědka.“

IR + IS: Ideální otec, matka a sestra vystupují z role naráz. „Vystupuji z rolea jsem opět...“

Komentář: Terapeut nejdříve deroluje hlasy, postavu svědka, placeholder a odjímá jim symbolický význam, poté vystupují z role ideální postavy, které opouští scénu antidota společně, aby nedošlo k fragmentaci obrazu, který si klientka zvnitřnila. J. Šířinec říká: Zkušenosti potvrzují, že vydařené antidotum generuje významy a možnosti i po skončení struktury“ (Šířinec, 2005). Jedinci vystoupení z rolí se opět vrací na své místo.

Po struktuře následuje sdílení pocitů členů skupiny, klient si v daný čas nalézá pro sebe klidné místo, kde může z povzdálí poslouchat zážitky ostatních, nebo být ještě ponořen v doznívající zkušenosti ze strukturální práce.

2. 2 Léčba klientů s traumatickou zkušeností

Lze říci, že většina lidí, která prošla adekvátním vývojem z dětství do dospělosti věří, že je možné nacházet smysl v jejich životě a že je cenné potkávat dobré věci. Když však přijde trauma, jedinec ztrácí kontrolu nad tím, co se děje kolem něho, stává se více zranitelným a svět více nebezpečným a bezesmyslným.

Prvním krokem v léčbě traumatu je rozpoznání jeho dopadů na naše pocity, myšlenky, vztahy, chování, postoje, sny, naděje, ale i na naše tělo. Přesto psychologická věda přistupuje k traumatu především s ohledem na jeho vliv na psychiku, což je podle P. A. Levina pouze polovina cesty (Levin, 2002). Pro B. van der Kolka je naše tělo více než naše myšlenky, neboť tělo je hlavní entitou, která řídí reakci na trauma (van der Kolk, 1994). Traumatické události narušují autonomii jedince na úrovni psychické, ale i tělesné integrity. Pokud se nebudeme dívat na člověka v jeho plné celistvosti, nebudeme schopni porozumět traumatu v celé jeho hloubce, ani jej léčit (Williams, Poijula, 2002).

Podle P. M. A. Ogden a K. Minton se tradiční psychoterapie nejčastěji zaměřují na kognitivní a emoční prvky traumatu, ale postrádají techniky, které pracují s tělovými prvky, a to navzdory skutečnosti, že trauma má hluboký dopad v tělové oblasti, což je patrné na somatických příznacích traumatu (Ogden, Minton, 2000).

Psychosomatické reakce nalezneme téměř u všech traumatizovaných osob. Jejich podoba, jako např. narušená regulace tělesných stavů, přetrvávající zvýšená dráždivost, poruchy spánkového cyklu, bolesti hlavy, páteře, chvění, pocení, potíže se zažívacím traktem či gynekologické obtíže, často vede tyto jedince k somatickým lékařům. Léky mohou poskytnout čas na stabilizaci traumatizované osoby, ale při dlouhodobém užívání mohou blokovat proces léčby, neboť potlačují pokusy vlastního těla o znovunastolení rovnováhy (Hofman, 2007, Levin, 2002).

Podle P. A. Levina zapojují fyzickou i psychickou složku člověka při léčbě traumatu za výrazné podpory komunity četné koncepty, postupy a tradice mnoha „primitivních“ kultur (Levin, 2002), a právě atmosféra společenství ostatních lidí nám poukazuje na další významný princip léčby traumatu. Člověk, který přežil traumatickou událost a jehož ústřední zkušenost z ní souvisela s pocity bezmoci, nepochopení a osamění, se nemůže uzdravit v izolaci (Mollica, 1988). Obnovením kontaktů s lidmi zároveň obnovuje i své potlačené či zdeformované psychické schopnosti jako je důvěra k lidem, schopnost být autonomní bytostí, vyvíjet iniciativu, být kompetentní, mít identitu a být schopný intimity (Herman, 2001).

Jako přínosné se ukazují všechny metody, které integrují senzomotorické, kognitivní a emoční postupy zpracování traumatického zážitku. Existuje řada programů, které využívají tělovou zkušenost a fyzickou akci jako léčebný prvek traumatického zážitku (Solomon, Heide, 2005). Tyto postupy napomáhají obnovovat kompetenci pro jeho zvládnutí. Zabývají se stavy zamrznutí či nadměrného podráždění, podporují fyzický pocit vlastního já, zmírňují disociaci od fyzických zkušeností, řeší somatické příznaky a obnovují pocit bezpečí a smysl pro život ve společnosti (Ogden, Minton, 2000). Je tedy nutné důkladně prozkoumat, jak zážitek sám o sobě a kontrolovaná tělesná činnost ve skupině i jednotlivě může pomoci překonat opakující se sérii stresových odpovědí útoku či úniku (Pesso, et al., 2002).

Typické pro traumatizované lidi je zadržovaná energie, která blízce souvisí se zážitkem traumatu. Musíme si však uvědomit, že samotná katarze energie k vyřešení traumatu nepostačí. K. H. Steele představila na konci 80. let abreaktivní konceptuální model pro zpracování traumatických vzpomínek, v rámci kterého zdůraznila, že pokud má být abreaktivní činnost v rámci terapie účinná, musí být s katarzí spojena kognitivní restrukturalizace (Steele, 1989). Se stejnými myšlenkami přišel o pár let později C. G. Fine, který uvádí, že účelem odreagování je informovat, vzdělávat a vychovávat k uvolnění potlačeného afektu, aby paměť mohla znovu dosáhnout kontinuity, povolit tělesně zapouzdřené trauma a přeformulovat svá přesvědčení (Fine, 1991).

V souvislosti s danými poznatky se ukazuje jako jeden z významných kroků při léčbě traumatu proces edukace, který úzce souvisí s hledáním významu a smyslu prožitého traumatu.

P. Levin i J. L. Herman mají zkušenosti s určitým momentem v léčbě, kdy klienti vyslovují otázku „proč?“ (Herman, 2001, Levin, 2002). Přestože se odpověď nalézá za hranicemi naší racionality, vede nás tato otázka cestou pochopení hloubky našeho utrpení skrz rekonstrukci, reinterpretování traumatické zkušenosti, která potvrzuje důstojnost a hodnotu člověka, zastavuje se u otázek viny a zodpovědnosti, u systému hodnot a víry, které mohou dát tíživým pocitům smysl.

Lidé, kteří prožili traumatickou událost, především tu spáchanou jinými lidmi, mají pozoruhodně společné emocionální reakce. Pokud budeme pozorně naslouchat, můžeme slyšet následující pocity: strach („*Mám strach, že umřu.*“); pocit ztráty („*Nic už nebude jako dřív.*“); pocity viny („*Mohl jsem tomu zabránit.*“); pocity osamocení („*Nikdo to nemůže pochopit, musím si poradit sám.*“); pocity smutku („*Tu tíhu u srdce nevydržím.*“); zloba („*Proč se to stalo zrovna mně, co jsem komu udělal?*“) (Clemans, 2008). Protože v dlouhodobém horizontu trauma poškozuje schopnost cítit se bezpečně a mít věci pod kontrolou, je důležité mít toto na paměti v celém kontextu práce s klientem.

S. E. Clemans, J. L. Herman, P. A. Levin, F. M. Ochberg a další odborníci zabývající se traumatem přinášejí základní způsoby, jak pomoci přeživším: být psychicky připraven pomoci; zhodnotit okamžité bazální potřeby klienta; normalizovat pocity klienta; nesoudit; poslouchat; poskytovat informace a vzdělávat; vytvořit co nejvíce bezpečné prostředí; povolit převypravovat a slyšet příběh znovu a znovu; respektovat individuální tempo hojení u každého klienta; podporovat propojenost s ostatními; zvyšovat sociální integraci (Clemans, 2008, Herman, 2001, Levin, 2002, Ochberg, 1991). Jiná technika, která je efektivní pomocí při rekonstrukci traumatické události, se odráží v pojmu „holistické zdraví“, jak jej pojímá M. Merwin a B. Smith-Kurz. Autorky si povšimly, jak fyzická aktivita, výživa, duchovno či humor přispívají k uzdravení člověka (Merwin, Smith-Kurz, 1988).

F. M. Ochberg se pokusil o průřezovou studii a definoval společné prvky v rozdílných terapeutických přístupech. Za jednu z důležitých zásad považuje **princip normalizace**. Ujistění klienta: „*To je normální*“, znamená, že zdravý proces hojení probíhá a od terapeuta vyžaduje edukaci ohledně pochopení příčiny a průběhu příznaků. **Princip spolupráce** je nezbytný pro navrácení kontroly a důstojnosti do rukou přeživšího, neboť při expozici traumatogenního podnětu dochází ke snížení pocitu bezpečí a zvýšení pocitů bezmoci. Třetím principem se stává **princip individuality**, který nezahrnuje pouze pohled na jedinečnost vzniku traumatu, ale především se dívá na osobitou cestu k zotavení po traumatické události (Ochberg, 1991).

Přestože se v našich úvahách více méně pohybujeme na poli odborné péče, je žádoucí připomenout, že mnoho trauma přeživších nikdy terapii za účelem řešit dopad hrozivé situace na jejich osobnost a každodenní život nenavštíví. F. M. Ochberg velmi otevřeně komentuje danou situaci: „pokud jedinci vyhledají pomoc, budou zklamaní, ...ve světě není dost terapeutů léčit miliony mužů, žen a dětí, kteří byli napadeni, zneužíváni a narušeni v důsledku války, tyranie, kriminality, neštěstí či násilí v rodině (Ochberg, 1991, str. 31). Teprve v posledních desetiletích se věnuje velké

úsilí vytváření manuálů a postupů pro práci s jedinci akutně traumatizovanými i pro osoby s rozvinutými posttraumatickými symptomy. Po zařazení posttraumatické stresové poruchy do DSM-III (American psychiatric association, 2000) byl zaznamenán nárůst odborných studií, vědeckých článků, nových publikací, které přispěly, stejně jako četné osobní příběhy, k pochopení účinků traumatické události na jedince, ale i k rozvoji rozmanitých možností další léčby a hojení (Pointon, 2004).

Proces uzdravy jedinců s traumatickou zkušeností probíhá i v rámci každodenních vztahů s blízkými lidmi a běžných aktivit, jak zmíníme v následující části.

2. 2. 1 Vybrané léčebné postupy s traumatizovanými klienty

C. S. Hall a G. Lindzey říkají, že největším přínosem různých teorií je jejich schopnost podněcovat zvědavost, vyvolávat pochybnosti, povzbuzovat nás k přemýšlení o důležitých otázkách a nastolovat snahu o přesnější ověření tvrzení. Je jisté, že teorie jsou často vášnivým úsilím o pochopení lidské podstaty (Hall, Lindzey, 1999).

Dnes můžeme chápat traumatickou reakci jako výsledek vnější stimulace biologických systémů. Současné výzkumy mozku potvrzují změny v neurohumorální aktivitě i v paměťových systémech (van der Kolk, 1994, van der Kolk, van der Hart, 1989). J. C. Rüegg v této souvislosti mluví o „traumatické paměti“ a klade si otázku, zda a jakým způsobem je možné dosáhnout trvalého úspěchu léčby? (Rüegg, 2007). Tradiční psychoterapie přistupují k léčbě traumatu skrz jeho porozumění a snaží se začlenit traumatický zážitek do širší životní perspektivy. Avšak v návaznosti na stále se prohlubující znalosti týkající se neurobiologie traumatu a uznání, že tělo hraje důležitou roli pro průběh traumatu, je nutné začít vnímat realitu novým způsobem a začlenit tyto poznatky do léčby lidí s touto nadlimitní zkušeností.

Touto cestou se vydává Trauma centrum v Bostonu, které kromě nejrozličnějších psychoterapeutických modelů práce s traumatem začleňuje do péče o lidi s traumatickou zkušeností seberegulační činnosti jako je jóga, T'ai chi nebo tanec, které pomáhají mít dobrý kontakt se svým tělem a zůstat uzemněný. Jinou součástí v celkové léčbě traumatizovaných klientů jsou divadelní setkání, kde všichni účastníci skupiny společně píší scénáře, hrají a sjednocují jejich individuální příběhy a vytváří nové zážitky, kde dobrý konec je na prvním místě. Protože traumatická zkušenost má nepříznivý vliv na plánování budoucnosti - kam se obrátit, co dělat, hraní divadla může lidem pomoci znovu organizovat své myšlenkové procesy a cítit se více kompetentní při zvládání životních nástrah (Kisiel, at al. 2006).

Divadlo či různé společenské aktivity a rituály zahrnující pohyb, představivost, transformaci jsou nejstarší způsoby, jak se společnost potýkala s traumatem. Lze tedy využít tato stará paradigmat pro nový způsob zacházení s traumatickou událostí v dnešní době. Způsoby přirozeného zacházení s traumatickou zkušeností souvisí s tzv. copingovými strategiemi, souborem behaviorálních, kognitivních nebo sociálních reakcí jedince, kterými se snaží zvládnout celou řadu nejrozličnějších

projevů traumatického zážitku. Tyto reakce se nevyskytují pouze u jedinců primárně traumatizovaných, ale mohou být přítomny i u těch, kteří byli svědky, slyšeli o traumatu, nebo poskytují podporu blízkým. P. Levin předkládá v článku „Common responses to trauma and coping strategie“ seznam užitečných strategií zvládání jako např. hovořit či psát o traumatické zkušenosti, plakat, zapojit tělo v jakémkoli pohybu, podporovat humor, modlit se či meditovat, udržovat vyváženou stravu a spánek, čerpat podporu od přátel. Jako klíčové slovo vnímá autor slovo „spojení,“ což je pro něho symbolem následujícího: požádat o pomoc, podporu, pochopení a příležitost mluvit (Levin, 2003).

Nezáleží, zda procházíme léčbou traumatu pohybem, tancem, zpěvem, divadlem, tvůrčími aktivitami, obyčejným mluvením ve spontánním běhu života nebo v rámci terapie. Důležitým momentem je, pokud máme pocit smysluplné cesty, kterou kráčíme k větší spokojenosti, integrovanosti a harmoničtějším vztahům s okolím. Na základě vlastní praxe se A. C. Pearson domnívá, že traumatizovaní lidé potřebují často více než jednu úzdravnou strategii (Pearson, 2007).

Většina odborníků (lékaři, psychologové, sociální pracovníci) používá kombinace přístupů v závislosti na jejich odborné přípravě. Domníváme se však, že potřeby klienta by měly být konečnou determinantou přístupu terapeuta při jeho léčbě. Při formování hojivých intervencí je třeba zvážit též klientovo kulturní a sociální zázemí.

Ať již zvolíme jakýkoli terapeutický přístup, cílem léčby je najít způsob, který nám dovoli integrovat naše vytěsněné a potlačené části. Následující část přináší konkrétní pohledy na různé terapeutické formy a přístupy, které je možné využívat a dle potřeb kombinovat při péči o lidi s traumatickou zkušeností.

Vedle individuální a rodinné terapie se v západních zemích ve velké míře užívá skupinová terapie, kterou S. E. Clemans pojímá jako vzájemnou pomoc unikátních postupů, kdy členové skupiny mohou čerpat ze své vlastní zkušenosti a hlubokého pocitu, že potřebují vzájemnou pomoc (Clemans, 2008). Aby skupinová práce s traumatizovanými jedinci mohla být efektivní, je nezbytné zahrnout do vzájemné pomoci několik aspektů. Skupina by měla být poskládána z lidí, kteří mají zkušenost s traumatizující událostí; obtížná témata jsou často halena do studu a tajemství; všichni členové skupiny jsou na „jedné lodi“, což posiluje vnitřní kohezi skupiny; každý je individuální bytost a má své potřeby; je prostor mluvit opakovaně o zážitcích, které se staly; je důležité být informován o pravidlech a účelu scházení se skupiny (Clemans, 2008).

Bez ohledu na skutečnost, zda aplikujeme terapeutické principy v procesu skupinovém či individuálním, se pozastavíme u jednotlivých, nejčastěji v literatuře zmiňovaných léčebných systémů, mezi něž patří psychodynamická psychoterapie, KBT, EMDR či bodyterapeutické přístupy.

V západních zemích se vyskytuje **KRÁTKÁ FORMA PSYCHODYNAMICKÉ PSYCHOTERAPIE**, což je zkrácená podoba psychodynamické terapie, v níž se léčba zaměřuje na emocionální konflikty způsobené traumatickým zážitkem, zejména pokud se prožitky klienta týkají raného dětství. Převypravování traumatické události, které zprvu velmi často postrádá klid, empatii, soucit, zvládání

silných emocí, náhled na situaci, vede klienta k větší soběstačnosti, účtě, k užívání účinnějších coping strategií a především schopnosti zvládat silné emoce (Marmar, Weiss, Pynoos, 1995). Během celého procesu napomáhá terapeut klientovi určit aktuální situace, které spouštějí traumatické vzpomínky a zhoršují symptomy PTSD. V tomto modelu léčby se užívá pojmů jako popření, odreagování a katarze.

K. B. Burton zjistil, že pomocí psychoanalytického přístupu byli klienti schopni přijmout znovu své trauma, integrovat traumatickou událost do svého života (Burton, 2004). Reaktivování vzpomínek na traumatickou událost prostřednictvím verbalizace potvrzuje klientovi, že se trauma opravdu stalo, napomáhá emoční abreakci a znovuzískání nadvlády nad situací, která byla dříve zkušeností bezmoci. Psychiatrická M. Horowitz tento proces integrace dokládá ve svých postulátech o významu znovuprožívání a znovupřehrávání traumatických obsahů (Horowitz, 2001).

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE (KBT), jak sám název napovídá, kombinuje dva typy psychoterapie: behaviorální a kognitivní terapii. První druh terapie je založen na teorii učení a je účinný při oslabování spojení mezi situací a reakcí na ni, kdežto kognitivní terapie se zaměřuje na některé myšlenkové vzorce, které mohou být příčinou obtíží. KBT bere v úvahu názory jedince, stejně jako jeho vzorce chování vycházející z traumatické zkušenosti a poskytuje terapeutické nástroje jak pro zmírnění příznaků u klienta, tak pro obnovení jeho běžného fungování (Solomon, Heide, 2005).

I když kognitivně behaviorální terapie neléčí fyziologické účinky traumatu, je efektivní v součinnosti s tělově orientovanými přístupy či EMDR. Při práci s traumatizovanými jedinci nejvíce využívá techniky získání dovedností pro zvládání úzkosti (dechová cvičení, feedback), techniky rozvoje sociálních dovedností (jak adekvátně komunikovat s lidmi), relaxační techniky a především techniky expozice a postupy z kognitivní terapie.

Kognitivní postupy identifikují vzorce a myšlenky, které analyzují a nabízí alternativní způsoby myšlení, reálnější a pozitivnější. Vychází z názoru, že jsme ovlivňováni automatickými vzorci chování a myšlenkami, které si neuvědomujeme a které mohou ovlivňovat naši schopnost vidět skutečnost jasně a tím způsobovat újmu (Rothbaum, at al., 2000)

Expoziční postupy vybízejí klienta k přímé konfrontaci s traumatem, při němž osoba vizualizuje události, mluví o nich a postupně se vystavuje podnětům připomínající traumatickou událost (Cook, Schnurr, Foa, 2004). Pomocí této metody se traumatická paměť stává běžnou pamětí a emoce doprovázející traumatický zážitek se stávají méně intenzivní. Rozdílem mezi expozicí a opakující se vzpomínkou v posttraumatickém obrazu, je stupeň kontroly, což eliminuje prožívání bezmoci.

Metodu **EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing)**, která se opírá o KBT postupy, vytvořila v 80. letech F. Shapirová na základě vlastní zkušenosti s rakovinovým onemocněním (Shapiro, Forrest, 2004). Autorka si povšimla bilaterálních očních

pohybů, když si znovu uvědomovala své tíživé zážitky. Na základě různých experimentů, které prováděla na sobě samé, zjistila, že při úmyslně vyvolaném pohybu očí ze strany na stranu zneklidňující myšlenky vymizí a ztratí svůj silný emoční náboj. Původně behaviorální způsob práce zaměřený na zbavení se úzkosti pomocí řízených očních pohybů modifikovala a doplnila o kognitivní restrukturu traumatických vzpomínek.

Ve své práci F. Shapirová předpokládá, že lidé mají vrozený adaptivní systém, který směřuje k obnově zdraví na somato-psychické rovině (Shapiro, Forrest, 2004, Sweet, 1995). Při působení traumatogenní události dochází k vytváření patologických vzorců v oblasti emocí i kognitivních procesů, posléze osobnostní struktury. Traumatická informace je zablokována a uzamčená v neurofyzilogickém systému. Při rozpomínání si na traumatické události má mnoho lidí pocit, jako když se tato událost znovu odehrává před jejich očima a oni sami jsou stále uvězněni v dané situaci, z které se nelze osvobodit. Klient si pomocí obrázků připomíná prožité trauma a sleduje pohybující se terapeutův prst sem a tam. Zdá se, že pohyby očí stimulují zpracování informací, které se přirozeně vyskytuje v průběhu spánku a které úzce souvisí s pamětí.

Terapeutický proces EMDR je členěn do osmi základních fází a stejně jako u PBSP je jednou z nich důkladné seznámení s metodou či body scan, prozkoumávání tělových pocitů. Rozdílem je podrobné mapování klientovy historie, nácvik relaxačních technik či „vymazávání vzpomínek“ klienta. Důležitou fází průběhu sezení EMDR je posilování pozitivního poznání a sebepojetí a navracení klienta do stavu emoční rovnováhy (Shapiro, Forrest, 2004).

Podle D. Servan-Schreiber EMDR účinně propojuje tělové zaměření (bottom-up zpracování) a kognitivně-behaviorální (top-down zpracování) léčby (Servan-Schreiber, 2000).

EMDR přináší nové a odlišné paradigma v terapii a tím prochází hodnocením odborné veřejnosti. Nalezneme názory, které postrádají teoretické základy, empirická data a metodologické zázemí účinnosti této formy psychoterapie (Resick, 2001), ale i přes vyvíjející se teorii a výzkum existují důkazy, podle kterých metoda usnadňuje přístup k traumatickým vzpomínkám a jejich zpracování (Hyer, Brandsma, 1997, Sečet, 1995, Servan-Schreiber, 2000).

Na základě četných výzkumů B. van der Kolk vyzdvihuje schopnost traumatizovaných lidí si představit změnu současné situace. Autor je přesvědčen, že za tento vnitřní proces odpovídá prefrontální kůra mozková, a její funkce nám je přístupná skrz neustálé pozorování a uvědomování si, co se uvnitř nás odehrává (van der Kolk, Fisler, 1995). Výchozím bodem pro lidi, co zažili trauma, je neustálá podpora potřeby cítit se bezpečně ve svém těle. Děje se tak prostřednictvím zvyšování povědomí o hluboké tělesné zkušenosti a citlivost ke svému tělu skrz pohyb. Příběh o tom, co se stalo, je třeba říct, ale pro léčebnou změnu je nutné jít přes hluboký „vnitřní pocit smyslu“.

Z těchto poznatků v léčbě klientů s traumatickou historií vychází **BODYTERAPIE**, které využívají jedinečnou schopnost těla k sebeúdravným mechanismům. Těžištěm terapií je jejich zaměřenost na tělesné vjemy, spíše než na myšlenky a na vzpomínky traumatických událostí.

Soustředěním se na tělové pocity se klient postupně dostává do kontaktu s energií a napětím souvisejícím s prožitým traumatem. Bodyterapie prostřednictvím práce s pohybem, dotykem a hlasem vedou k opětovnému proudění energie v těle a emoce získávají volný průchod tělem. Obnovený kontakt s tělově emočním prožíváním umožňuje klientovi hledat nové způsoby vyjadřování a vztahování se k vnějšímu okolí prostřednictvím svých potřeb (Evropan association for body-psychotherapy, 2010, Hofman, 2007).

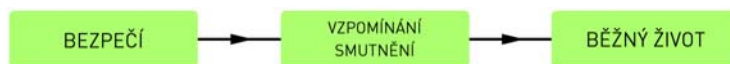
Pohybový a dotykový interaktivní způsob práce propojený s všímavostí k vlastním vnitřním procesům vytváří protiváhu negativním tělově emočním stopám traumatického zážitku. Dochází k přerušení toku disociovaného prožívání a postupnému obnovování kontaktu se sebou samým a důvěry ve vztahování se ke klientově okolí. Aby terapie byla účinná, nestačí pouhé zaměření se na tělové prožívání, ale je nutná integrace senzomotorického, emočního a kognitivního zpracování, což naplňuje biosyntéza, PBSP, Hakomi terapie a další tělově orientované přístupy.

V neposlední řadě se vyskytuje jako součást léčby klientů s traumatickou zkušeností **FARMAKOTERAPIE**, která zastává důležité podpůrné místo v celém systému péče o tyto klienty. Přestože v současnosti neexistuje žádný konkrétní lék, který by se ukazoval jako definitivní způsob léčby PTSD, terapie pomocí antidepresiv je úspěšná v poskytování úlevy od nejrůznějších traumatických symptomů jako je úzkost, deprese, nespavost apod. (Praško, 2004).

Jakmile jsou klienti schopni kontrolovat své příznaky pomocí farmakoterapie, je pro ně možné účinněji participovat v psychoterapii.

Vzhledem ke skutečnosti, že trauma zasahuje do všech aspektů fungování jedince, při jeho léčbě se uplatňují přístupy, které jsou komplexní. K ilustraci nám poslouží následující vybrané, teoreticky integrující modely péče o traumatizované jedince bez ohledu na příslušnost k určitému terapeutickému rámci. V těchto modelech jsou obsaženy viditelně či skrytě fáze hojení traumatu. Na snížení příznaků a stabilizaci se zaměřuje především model autorky J. L. Herman (Herman, 2001). Po tomto cíli přichází úkol zpracovat traumatické vzpomínky a s tím spojené emoce a opětovně se zapojit do každodenního života. Jelikož se dané modely překrývají v oblasti cílů, zaměření a kroků v léčbě, je pravděpodobné, že terapeuti je mohou užívat libovolně s dosažením podobných výsledků.

MODEL J. L. HERMAN se vyvíjel postupně od 70. let, kdy se o tuto oblast začala autorka zajímat teoreticky i prakticky. Její postup přináší konkrétní kroky při léčbě traumatizovaných lidí a obnovování vztahů v souvislosti mezi veřejným a soukromým světem, mezi jedincem a společností, mezi muži a ženami apod. Popisuje tři etapy hojení: stabilizování, rozpomínání a smutnění a znovuzapojení do běžného života (Herman, 2001), jak je možné vidět na obr. č. 19.



Obr. 19 Základní etapy hojení dle J. L. Herman.

V **první fázi, fázi bezpečí**, dochází ke stabilizaci a navrácení pocitu bezpečí pomocí léčivého vztahu, neboť nikdo se nemůže uzdravit v izolaci. Důležité je znovu obnovení kontaktu se sebou samým, svými emocemi, ale i lidmi kolem, neboť traumatizovaní jsou poznamenáni osamocením, strachem z nepředvídatelného nebezpečí, ztrátou důvěry a pocitu bezpečí. Hojení přichází prostřednictvím terapeutického vztahu, který poskytuje klientům kontrolu terapeutického prostředí, navrácí možnost výběru a rozhodování, vliv na probíhající události a sebekontrolu. Načasování a zaměření léčby je v rukou klienta v závislosti na jeho potřebách. „Role terapeuta je intelektuální vztahová a pomáhá vnitřnímu pochopení stejně jako emfatickému kontaktu“ (Herman, 2001, str. 188). Podstatnou součástí terapie je poučení, které jak uvidíme, je jednou z hlavní fází v Modelu tří třetin.

Až po fázi navození bezpečného prostředí je možné přejít k **druhé etapě, etapě vzpomínání a smutnění**. Traumatická událost způsobuje klientům četné obtíže v současnosti, a proto jsou klienti povzbuzováni a podporováni k přiblížení se k traumatickým vzpomínkám za účelem jejich transformace a včlenění do životního příběhu lidí, kteří jej zažili. Cílem této fáze je sdílet svůj příběh o traumatu s terapeutem, který napomáhá klientovi hledat rovnováhu mezi minulostí a bezpečností, aby nebyl ochromen emocemi a nedošlo k opětovné disociaci či prohloubení symptomů. Terapeut pomocí různých technik (např. pomocí hypnoterapie) přispívá k rozvzpomínání a zaplňování „mezer“ v paměti tak, aby se vzpomínky staly obsahem vědomí, a zároveň posiluje a podporuje klienta, aby měl odvahu se konfrontovat s těžkou minulostí (Herman, 2001).

Nevyhnutelným výsledkem traumatické události je prožívání smutku díky ztrátě, kterou utrpěli. Ztrátou se nemyslí pouze fyzické zranění či smrt někoho blízkého, ale i ztráta integrity, bezpečných vztahů, důvěry ve svět, „normálního, obyčejného“ života. Terapeutovým úkolem je pomoci klientovi přijmout smutek více jako akt odvahy než jako akt porážky. Výsledkem může být znovuobnovení schopnosti cítit celou škálu emocí.

Když se osoba přežije trauma vypořádá se svojí traumatickou historií, stojí před otázkou, co dělat se svojí budoucností. V průběhu terapie vytváří klienti pojítko mezi novým Já, smiřují se s minulostí, vyvíjí iniciativu obnovovat svoji autonomii a schopnost intimity s ostatními lidmi. V této **třetí etapě, v etapě navázání spojení s běžným životem**, se stává možným opět důvěřovat sobě i ostatním. Cílem je zůstat autonomní a rozvíjet fungování v běžném životě, obnovovat mezilidské vztahy, hledat nové životní poslání (Herman, 2001).

Méně strukturovaný, leč v mnohých bodech korespondující s ostatními postupy, je Léčebný trauma manuál E. Schmooklera, který vznikl z potřeb aktuální situace. Původně byl vytvořen jako návod pro lidi pracující s ženami, které přežily znásilňování v Bosně. Dle slov samotného autora může být používán v širším záběru jako vodítko pro pomoc lidí s traumatickou zkušeností bez ohledu na pohlaví přeživšího a druh traumatu (Schmookler, 1996). Oproti tomu „Model tří třetin“ vznikl

na základě dlouhodobé práce různých odborníků v Belgii, USA a tento model převzala a do Čech přinesla Y. Lucká (Lucká, Koblíř, 2005)⁸.

LÉČEBNÝ MANUÁL E. SCHMOOKLERA je rozdělen do dvou zásadních oblastí. Odborníkům připomíná a zdůvodňuje, jaké jsou nejvýznamnější potřeby traumatem postižených lidí a jakým způsobem lze vést terapeutickou práci, aby nebyla pro klienta retraumatizující a respektovala jeho aktuální situaci a jeho potřeby.

Pokud člověk prošel hroživou událostí a naučil se velké nedůvěře a strachu z okolí, je důležité vytvořit prostor, kde by se klienti mohli cítit co nejvíce bezpečně. Pro navrácení tohoto pocitu je třeba znát a naplňovat následující oblasti:

- respektovat hranice klienta
- nedotýkat se klienta, pokud k tomu nedá svolení
- nesoudit klienty a přistupovat k nim s úctou a uznáním
- důvěřovat klientovi a nezpochybňovat pravost jeho tvrzení
- věnovat pozornost klientovým pocitům
- respektovat klientovu potřebu být o samotě
- trpělivě naslouchat a poskytnout klientovi cokoli sdílet
- nechat klienta odejít, kdykoli bude potřebovat (Schmookler, 1996).

Terapeut napomáhá v léčení již svojí „pouhou“ přítomností a zájmem o člověka jako takového a ne o jeho příběh. Protože mnoho událostí, které je možno slyšet, může vyvolat silné pocity jako vztek, smutek, zděšení, šok a lidé mají tendenci se vůči nim ochránit disociací, terapeut jim pomáhá přijít do kontaktu s vlastními potlačenými emocemi. Tento způsob práce žádá od terapeuta vlastní emoční neutralitu, aby jeho pocity nezabíraly místo emocím klienta.

Co může terapeut udělat pro klienta s traumatickou zkušeností?

- na počátku sezení vytvořit dohodu, jak se bude vyvíjet vzájemná spolupráce a pomoc terapeuta
- zajímat se o klienta, nemluvit ihned o traumatické události
- nechat vést terapeutický proces klienta, důvěřovat v možnosti hojení
- ptát se a zajímat se o klienta
- neustále pracovat s dohodou a povolením, nikdy netlačit klienta (do katarze, do vyprávění apod.)
- nechat lidi vyprávět svůj příběh
- podporovat vyjadřování všech pocitů (neustále reflektovat, co terapeut vidí a slyší)
- zvyšovat pocit bezpečí
- pomoc klientům rozpoznat a rozvíjet jejich zdroje (Schmookler, 1996).

⁸ LUCKÁ, Y., KOBLÍŘ, L. (2005). *Trauma*. Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

V daném manuálu jsou detailním způsobem rozpracovány intervence, které napomáhají odborníkům při léčbě klientů. Výše zmíněné oblasti jsou doplněny ukázkami rozhovoru mezi klientem a terapeutem, aby bylo přiblíženo užívání jazyka v podobě adekvátních formulací. Bohužel formát dané práce neumožňuje postihnout celou problematiku, proto odkazujeme přímo na dané manuály, kterých je možné se dopátrat v různých internetových vyhledávacích či pomocí informačních databází (např. EBSCO host, PubMed či ProQuest), mimo následujícího léčebného postupu, kterému zde věnujeme největší pozornost.

LÉČEBNÝ SYSTÉM „MODEL TŘÍ TŘETIN“ na různých stázech ve světě převzala a v České republice rozvíjí Y. Lucká jako jeden z modelů práce s lidmi se zkušeností traumatu (viz. obr. č. 20) (Lucká, Koblí, 2005)⁹. Protože se stává tento způsob péče hlavním výukovým modelem v kurzech *Krizové intervence*, lze se domnívat, že je i jedním z nejužívanějších postupů v naší zemi. Z tohoto důvodu bychom mu chtěli věnovat zvýšenou pozornost a jeho přehledný koncept využít pro srovnání s PBSP systémem v praktické části diplomové práce.



Obr. 20 Model tří třetin dle Y. Lucké.

Model tří třetin, jak sám název napovídá, je složený ze stejně hodnotných částí, které se vyskytují v průběhu práce s aktuálně traumatizovanými lidmi i s jedincem s rozvinutou posttraumatickou stresovou poruchou. Zahrnuje v sobě část edukační, práci s emocemi a tělovým prožíváním a v neposlední řadě se zajímá o každodenní fungování jedince v běžném životě.

1/3 Edukace

Z důvodu narušené schopnosti vstřípení a uchování informací díky traumatickému zážitku a následnému souboru příznaků posttraumatického stresu mohou lidé trpět tzv. „slepými skvrnami“. V kognitivní oblasti se jedná o amnézií, v tělově emoční rovině o stavy disociace. Někdy popisují blízcí lidé traumatizovaných jedinců také jejich chování jako zvláštní, nesoustředěné, s nepřiléhavou komunikací, s narušeným kontaktem s okolím, kdy se opakovaně dotazují apod.

Jakou roli hraje edukace při léčbě traumatu? Sycení klienta informacemi napomáhá k integraci jeho potlačených zážitků. Veškerá terapeutická práce by měla probíhat v podobě naslouchání,

⁹ LUCKÁ, Y., KOBRLÍ, L. (2005). *Trauma*. Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

vytváření bezpečí a zdvořilého a trpělivého přístupu ke klientovi. Ptát se lidí: „*Jak smýšlíte o vlastním traumatu, už jste něco o něm četla, jaký na to máte názor?*“. Je nezbytné edukaci předávat s respektem a potvrzením, že je člověk kompetentní vlastní trauma řešit. „*Jedná o normální reakci na nenormální situaci, lidem s podobným zážitkem se stává, že....., lidé po takovéto události mohou cítit.....(dát nabídku)*“ (Lucká, Koblíček, 2005)¹⁰.

Jako důležitá rovina se ukazuje způsob nabízené edukace. Naše poznatky nepředáváme jako fakta, ale pouze jako jednu z možností, jak lze na problematiku nahlížet, jak se jiní lidé cítí, jaká je naše zkušenost z dané oblasti. Neustále posilujeme schopnost volby a svobodného rozhodování klienta. Snahou terapeutů je probudit zájem a zvědavost klientů o sebe samé, o to, čemu se klienti chtěli doposud vyhnout. Součástí zvědavosti jsou jednak otázky, co se stalo a o čem trauma je, ale i okruh témat, co s tím může jedinec dělat, jak si pomoci. Po zpracování těchto oblastí může přijít naděje na změnu.

Cílem edukační části je práce na několika krocích: vytváření bezpečného prostoru, sycení informacemi, vzbuzení zvědavosti, rozvinout naději na změnu (viz. obr. č. 21).



Obr. 21 Jednotlivé fáze edukace dle modelu tří třetin.

Nebezpečím edukace se stává, pokud odborníci zachází s traumatizovanými lidmi způsobem, aniž by vysvětlili, proč volí tento postup, nebo co si myslí o traumatu. Neadekvátní edukace není pouze v jejím množství, ale i v kvalitě nabízených intervencí, kterými mohou být např. lidové řeči: „*Když se tohle někomu stane, tak už jeho život nebude stát za nic*“, negativní proroctví, magické myšlení, ale i agování: „*Jsem znechucený touto situací*“. Naopak vhodnou terapeutickou intervencí je jedinec vyslechnout, pomoci mu porozumět, co se nyní děje a co může nyní v této situaci pro sebe udělat za malé kroky ke změně.

1/3 Emoční abreakce

Emoční abreakce je jako zbylé dvě oblasti neméně důležitou součástí práce s traumatizovanými klienty. Dokonce je v jiných terapeutických modelech při práci s touto klientelou považována za jeden z hlavních léčebných momentů. Pessoa Boyden psychomotorická terapie se od daného pojetí odklání a daleko více zaměřuje svůj pohled na integraci pozitivních zkušeností. V modelu tří třetin se s abreakcí zachází s vědomím metaforu štítu jako metaforu bezpečí. Pod tímto vyjádřením se ukrývá užívání terapeutických prvků nenásilným,

¹⁰ LUCKÁ, Y., KOBLÍČEK, L. (2005). *Trauma*. Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

nehodnotícím, respektujícím, způsobem, aby nedošlo ke zneužití klienta terapeutovou mocí, následně k znovu zamrznutí, disociaci klienta. V této fázi se propojují emoční a tělové obsahy s cílem jejich integrace.

Úkolem terapeuta je krok za krokem bezpečným způsobem podpořit vyjádření a pozitivně jej posilovat. „*Jak se cítíte, když....., Co dělá vaše tělo.....?*“ a pomoci jim odpoutat se od traumatu změnou jejich prožívání. Uvědomit si, že pro práci s emocemi není nutné znát fakta a nechat se strhnout silou příběhu. Pokud je pro klienta těžké mluvit o události, podporovat ho a ptát se na prožívání např.: „*Jaký nejhorší pocit jste cítil, když se to stalo. Je dobré, abychom TO nějak pojmenovali, jak tomu můžeme říkat? Když se lidem přihodí takováto děsivá věc, mohou na to reagovat.....*“ i v tomto okamžiku práce s emocemi je dobré se navracet k edukaci a napomáhat klientovi s vyjádřením všech možných, stinných a ambivalentních emocí, kterými mohou být pocity viny, zoufalství, bezmoci, vzteku, touha po odpuštění i touha po potrestání.(Lucká, Koblí, 2005)¹¹.

Nejen vyjádření a rozmluva o emocích, ale i tělové intervence zde mají své místo. Dotazovat se klienta na oblasti, které by mu vyhovovaly, nabízet drobné kroky aplikovatelné do života, jako např. masáže, péče o sebe, nevykonové sporty apod.

1/3 Zaměření se na každodenní život

Již několikrát byl vyzdvížen zájem o klienta jako o lidskou bytost oproti tomu, co se mu přihodilo. Terapeut mapuje klientův současný emoční život. Díky tomuto navazování spojení s běžným životem se zvyšuje jeho kompetence a zaměřenost na momenty, jak se s nimi vypořádává., např. „*Na co si musíte dát pozor? Co vám částečně nebo zcela funguje? Co vám pomáhalo před terapií?*“ Společně vytváří modely, jak zvládat obtíže v životě (Lucká, Koblí, 2005)¹². Oproti dynamickým směrům je pozornost upřena na to, co funguje, a na pomoc klientovi rozvíjet schopnost uvidět pozitivní věci v jeho životě, které se zdají, že jsou aktuálně nepřítomné. Důležitou podmínkou pro efektivní působení terapeuta v této oblasti je jeho vyhýbání se hodnocení klienta a jeho života.

Všechny tyto složky péče, o kterých bylo doposud psáno, by měly být cíleny ke třem kanálům: k tělovému prožívání, emočnímu životu a kognitivnímu zpracování. Výše zmíněné tři třetiny práce nejdou po sobě, jak je uvedeno, ale prolínají se. Začínáme práci s klientem tam, kde se nyní klient vyskytuje se svým prožíváním, potřebami, domněnkami či přáními.

¹¹ LUCKÁ. Y., KOBLÍ, L. (2005). *Trauma*. (odborný kurz). Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

¹² tamtéž

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3. Uvedení do praktické části

3. 1 Výzkumná východiska

Otázky účinnosti jakékoli terapie logicky navazují na aplikační rámec terapeutické metody v praxi. Výzkumné projekty napomáhají zvyšovat její vědeckou hodnotu, aby terapie nemusela být veřejností vnímána pouze jako umění.

Klinické ověřování výchozích teoretických konstruktů a zjišťování účinnosti na tělo zaměřených postupů nejsou prováděny v takové míře, jak jsme na ně zvyklí u jiných, obecně uznávanějších terapeutických systémů. Důvodem může být menší rozšířenost tělově orientovaných směrů v psychoterapeutickém světě a jejich nepatrná propojenost s vědeckými a akademickými institucemi.

Na webových stránkách Evropské asociace pro body-psychoterapii se je možné dočíst o různorodých výzkumných projektech, které retrospektivně mapují oblast bodyterapie (European association for Body-psychotherapy, 2010). Z posledních let stojí za zmínku „Studie účinnosti na tělo zaměřené terapie u ambulantních pacientů v Německu a Švýcarsku“ pod vedením M. Koemeda-Lutze (Koemeda-Lutz, 2006). Výsledky studie zachycovaly zlepšení pacientů ve většině sledovaných symptomech. Avšak je nutné si kriticky položit otázku, jaké faktory byly příčinou tohoto zlepšení, neboť nad tím se daná studie nepozastavuje.

Mezi další empirické studie potvrzující pozitivní efekty na tělo zaměřené psychoterapie patří práce C. Price nebo F. Röhricha a S. Priebeho, jejichž výzkumnou skupinou se stali schizofrenní pacienti, sexuálně zneužívané ženy v dětství a ženy s posttraumatickou poruchou (Price, 2005, Röhricht, Priebe, 2006). O jiný klinický výzkum, tentokrát z oblasti traumatu, se pokusil kolektiv odborníků v čele s P. A. Frewenem. Za pomoci zobrazovacích metod se výzkumníci snažili ověřit hypotézu, že u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou je znatelné snížení úrovně vnímání a seberegulace emocí (Frewen, at al., 2008).

Ne zcela typickým výzkumem z hlediska metodologie i výsledků je americko-česká studie „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“ (The effect of two sessions of PBSP psychotherapy on brain activation in response to trauma-related stimuli the pilot fMRI study in traumatized persons), podpořená MŠMT ČR (Fischer-Bartelmann, 2004, Horáček, at al., 2005). Využití funkční magnetické rezonance za účelem zkoumání vlivu terapie na neurobiologické změny v mozku nepatří mezi běžně užívané výzkumné experimenty. Nám se tento výzkum stal výchozím zdrojem informací a materiálů pro naši výzkumnou činnost, což je důvodem, proč mu zde věnujeme následující část této kapitoly.

Cílem této česko-americké pilotní studie byla jednak identifikace oblastí mozku, které jsou aktivovány či utlumeny prostřednictvím emocionální stimulace (expoze obrázku,

který má funkci traumatogenního podnětu), a také změření efektu terapeutického působení na oblast mozku zasažené traumatem u traumatizovaných osob (Boyden, Pessoa, Vrtbovská, 2009, Horáček, 2005).

Výzkum probíhal v několika etapách: 2 sezení PBSP, před kterými byly účastníci seznámeni s platformou metody, psychometrické měření a procedura funkční magnetické rezonance.

První částí byl scan mozku prostřednictvím funkční magnetické rezonance (fMRI), při němž byla prováděna vizuální prezentace fotografií dle vlastního výběru, která evokovala traumatickou zkušenost probandů. Přitom byly sledovány oblasti mozku, které se aktivovaly zrakovým, trauma vyvolávajícím stimulem. Jako kontrolní podnět pro srovnání s trauma vyvolávajícími obrazy byly použity neutrální fotografie, jež byly rovněž promítány klientům v době scanování mozku. Tento postup střídání znepokojující a uklidňující fotografie byl opakován celkem 8krát u každé osoby (Boyden, Pessoa, Vrtbovská, 2009, Fischer-Bartelmann, 2004b, Horáček, 2005). Mezi dvěma měřeními fMRI každý jedinec absolvoval dvě vlastní struktury vedené A. Pessem.

Součástí výzkumu bylo užití psychometrických testů k měření intenzity symptomů vzešlých z traumatických událostí „Měřítka dopadu událostí (IES-R, Impact of event scale)“; ke zhodnocení míry depresivity „Beckův test depresivity (BDI); ke zhodnocení hladiny úzkosti „Sebehodnotící stupnice úzkosti (SAS- Self rating anxiety scale). Respondenti vyplňovali testy v den procedury fMRI a byli požádáni, aby ohodnotili každou položku v testech podle posledních 7 dnů (Horáček, at al., 2005).

Podle A. M. Hulla jsou neurobiologické změny v mozku po vystavení traumatickým událostem nejčastěji studovány v rámci posttraumatické stresové poruchy (Hull, 2002). Použití zobrazovacích metod mozku u lidí s PTSD přineslo výsledky o lokalizaci dysfunkcí v limbických, paralimbických a prefrontálních oblastech mozku, jak uvádí mnoho autorů (Bremner, 1999, Horáček, 2005, Hull, 2002, Liberzon, at al., 1999). Méně časté jsou výsledky aktivace mozku u traumatizovaných subjektů po různých léčebných metodách, jako je např. psychoterapie.

Výsledky studie výzkumného týmu J. Horáčka ukázaly vzorce mozkové aktivace analogické s předchozími nálezy v rámci PTSD uvedené výše (Horáček, 2005). Po dvou sezeních terapie PBSP se objevil významný rozdíl na výsledcích scanu oproti prvnímu testování pomocí fMRI. „Podle nich byla u probandů aktivována některá centra frontálního kortexu, jež se podílejí na zvládání emocí a regulaci emocí. Zejména se jednalo o cingulate cortex (místo pozornosti) a okrajovou část frontálního laloku (místo procesu rozhodování)“ (Boyden, Pessoa, Vrtbovská, 2009, str. 194). Údaje dle autorů poukazují na efektivitu léčebných intervencí PBSP, které komentovali též probandi skrz změnu vlastního prožívání. Nadále necítí zahlcující a nezvladatelnou sílu emocí jako před terapeutickým sezením, což dokládají závěry ze statistického zpracování dotazníků.

Přestože daný výzkum poskytl informace o měřitelnosti efektu PBSP terapie na aktivitě mozku v oblastech, které generují opakující se neodbytné symptomy a zároveň posilují centra

zodpovědná za zvládání i velmi silných emocionálních impulzů, vnímáme tuto studii pouze jako první krok do mapování tak složitého komplexního systému, jakým je jedinec s traumatickou historií.

Zůstává mnoho otázek, které by bylo užitečné a možné zkoumat v návaznosti na tuto studii. My jsme se rozhodli pokračovat ve zjišťování subjektivního pohledu na přínosy PBSP, které nebyly v daném výzkumu konkretizovány, a rozpracovat detailní popis určitých fenoménů z PBSP teorie. Videonahrávky terapeutické práce A. Pessa s traumatizovanými jedinci z této studie se nám staly jedním z výchozích materiálů použitých v naší výzkumné části. Účastníci této studie tvoří hlavní výzkumný vzorek vedle souboru frekventantů psychoterapeutického výcviku PBSP, kteří sdíleli vlastní subjektivní zkušenost s PBSP metodou při práci s jejich traumatickou zkušeností.

3. 2 Výzkumný projekt a jeho cíle

Jak bylo v předchozí části zmíněno, psychoterapeutické systémy zaměřené na práci s tělem se příliš nepouští do klinického ověřování teoretických předpokladů či účinnosti svých metod. K psychoterapii osob s traumatickou zkušeností přistupují obvykle skrze vlastní jedinečné teoretické pohledy a nástroje v terapeutické praxi. Z předložených východisek vyplývá poměrně rozsáhlá tématická oblast, kterou by bylo možné dále vědecky analyzovat či zpřesňovat dosavadní předložené výsledky studií.

Přestože pilotní studie J. Horáčka prezentovala empiricky ověřená data o efektivitě Pesso Boyden psychomotorické terapie, bylo by možné daným směrem pokračovat a výzkum rozvíjet. Za další výzkumné momenty se nabízí retestování probandů po uplynutí určité doby; zkoumání účinku a subjektivního prožívání terapeutických intervencí u klientů; zjišťování, co je podstatou terapeutického efektu; čím se odlišuje PBSP metoda od ostatních terapeutických systémů; jak koresponduje práce s traumatem v PBSP s jinými obecně užívanými modely; jaká je terapeutická hodnota určitých prvků PBSP procesu?

Tyto i další otázky byly významným podnětem při volbě daného tématu diplomové práce. Přestože jsou výše uvedené oblasti výzkumu velice zajímavé, bylo nutné v závislosti na časových možnostech, na výzkumných zkušenostech, ale především v závislosti na dostupných prostředcích sestavit výzkumný design, který by byl proveditelný, smysluplný a bez etických pochybení. Tématu etiky bychom se rádi věnovali v samostatné části, neboť tato oblast tvořila důležitou součást našeho výzkumu, kterou jsme museli velmi citlivě začlenit do naší práce.

Výzkum je zacílen na podrobné mapování časových a obsahových proporcí vybraných fenoménů v terapeutickém procesu. Předpokládáme, že na základě videonahrávek a jejich přepisů budeme moci identifikovat oblasti, kterými jsou edukace (vyskytující se v rámci struktury a prestrukturální etapy), práce s emocemi (prostřednictvím užívání hlasů, postavy svědka, stavění symbolické scény pomocí ideálních postav, check-inu), a zaměření se na každodenní život (v rámci check out fáze). Dále chceme pro větší komplexnost dané problematiky získat subjektivní pohled klientů s traumatickou zkušeností v jejich historii na dané fenomény v terapeutickém procesu.

Od stanovených výzkumných cílů se odvíjí následující výzkumné otázky, které si pokládáme:

- S jakou obsahovou a časovou proporcí se vyskytují v dostupných materiálech následující fenomény: edukace/ práce s emocemi/ zaměření se na běžný život?
- Jak dříve traumatizovaní klienti subjektivně hodnotí účinnost edukace a práce s emocemi?

Dílčí výzkumné otázky se ptají:

- Jak korespondují teoretické znalosti PBSP při práci s traumatizovanými jedinci s praxí? Jsou v praxi přítomny vybrané jevy z teorie PBSP při práci s traumatizovanými klienty?
- Co vnímají klienti za terapeutický přínos PBSP metody?

Jedná se o deskriptivní výzkumný problém, který podle P. Gavory hledá odpovědi na otázku „jaké to je“? Tento typ výzkumného problému zjišťuje a popisuje situaci či výskyt určitého jevu, na rozdíl od výzkumného problému relačního či kauzálního (Gavora, 2000). Naskýtá se nám otázka, k čemu může sloužit procentuální vyčíslení daných jevů?

Celý proces specifikace explorovaných teoretických jevů PBSP je prováděn s úmyslem provést závěrečné porovnání našich výsledků s teoretickým konceptem „Modelem tří třetin“ při práci s traumatizovanými lidmi (Lucká, Koblí, 2005)¹³ jako jedním z nejvíce užívaných postupů v České republice. Tato myšlenka je přítomná již od počátku formování výzkumného designu, neboť mapované jevy známé z teorie jsou vyabstrahované s ohledem ke znalosti daného modelu, jak lze vidět v tabulce č. 1.

MODEL TŘÍ TŘETIN	FENOMÉNY Z PBSP
EDUKACE	<ul style="list-style-type: none"> • Edukace v rámci prestrukturální fáze • Edukace v rámci struktury
PRÁCE S EMOCEMI	<ul style="list-style-type: none"> • Check-in fáze (sdílení pocitů) • Microtracking (užívání hlasů a postavy svědka) • Stavění symbolické scény
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	<ul style="list-style-type: none"> • V rámci struktury na rovině "teď a tady" • Check-out fáze

Tab. 1 Srovnání modelu tří třetin s jednotlivými prvky PBSP.

¹³ LUCKÁ, Y., KOBLÍ, L. (2005). *Trauma*. (odborný kurz). Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

Dalším očekávaným momentem je zjištění, jakým způsobem je teorie PBSP přítomná v jejím praktickém životě. Tyto informace jsou triangulačně doplněny klientovými výpověďmi o subjektivních prožitcích týkajících se daných teoretických prvků PBSP.

Jeden z našich cílů se týká mapování četnosti určitých fenoménů známých z teorie PBSP v práci s traumatizovanými jedinci. M. Miovský metodu prostého výčtu, kterou zde využíváme, řadí na pomezí kvalitativní a kvantitativní metodologie. Naše práce má explorativní charakter a přikláníme se v ní ke kvalitativnímu postupu zpracování dat, jenž nám pomáhá vidět, popsat a pochopit jevy, o kterých toho ještě moc nevíme. Neboť závěrečnému procentuálnímu vymezení daných jevů předchází analytické, interpretativní postupy, které se odvíjí od hluboké znalosti PBSP teorie a zkušenosti s daným psychoterapeutickým rámcem v praktické podobě.

3. 3 Charakteristika výzkumného souboru

3. 3. 1 Výzkumný vzorek I

Z důvodu návaznosti na uskutečněnou česko americkou studii: „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“ (Horáček, at al., 2005) z roku 2004 jsme objektivně limitovaní počtem sledovaných respondentů i jejich výběrem.

Studovaný soubor byl vybrán nepravděpodobnostní metodou „záměrného výběru přes instituci“. Při ní „využíváme určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá“ (Miovský, 2006, str. 138). Původní výzkumný vzorek se sestával ze sedmi lidí, kteří byli v péči různých pražských psychoterapeutických klinik. Kriteriem pro zařazení jedinců do studie byla jejich dřívější traumatická zkušenost, jejíž následné symptomy vyžadovaly v současnosti psychoterapeutický zásah. Pět subjektů v této analýze odpovídalo poruše přizpůsobení dle diagnostického kritéria DMS IV a dva posttraumatické stresové poruše (Horáček, at al. 2005).

Do studie bylo zahrnuto 7 dobrovolníků (5 žen a 2 muži), ve věku mezi 26,0-34,5 let (medián 28,5 let), s délkou vzdělání mezi 12-20 let (průměr 16,5 let odpovídá vysokoškolskému vzdělání). Probandi měli ve své historii traumata definované jako únos a zjetí, potrat, psychické a sexuální zneužívání. Za účelem vyloučení jakékoli duševní či somatické poruchy byly vyhodnoceny rodinné a lékařské záznamy o kterýchkoli duševních poruchách, provedeny strukturované pohovory a zdravotní prohlídky včetně biochemického vyšetření.

Z technických důvodů se nám bohužel nepodařilo zkontaktovat 2 účastníky. Zbylí oslovení jedinci, 2 muži a 3 ženy, poskytli svolení k provedení výzkumu pomocí existujících videonahrávek.

3. 3. 2 Výzkumný vzorek II

Druhý výzkumný soubor byl vybrán opětovně metodou záměrného výběru, s dopředu formulovanými požadavky. Požadovali jsme klientskou zkušenost dříve traumatizovaných jedinců pod vedením A. Pessa, popř. jiných světově uznávaných PBSP terapeutů. Tento vzorek tvořili frekventanti 4letého psychoterapeutického výcvikového programu Pesso Boyden psychomotorického systému, kteří se nejvíce blížili našim potřebám. Důvodem této volby bylo působení A. Pessa a dalších světově uznávaných PBSP terapeutů v daném výcviku v roli terapeutů probíhajících terapeutických struktur. Lze se domnívat, že daní terapeuti používají psychomotorickou terapii v její čisté podobě a se začleněnými novými terapeutickými prvky.

Po dohodě a svolení od pořádající organizací Diabasis o.s. bylo osloveno celkem 24 osob emailovou podobou, z nichž 3 osoby nezareagovaly na daný dotaz a 6 nesplňovalo kritérium traumatické zkušenosti v historii či podmínku práce PBSP metodou na daném tématu. Kritériem pro zařazení do výzkumu technikou samovýběru byla účast minimálně na dvou vlastních klientských sezeních v PBSP struktuře vedené A. Pessem (USA), I. Baardmanem (NL) či M. Howaldem (CH) a traumatické zranění v jejich historii, s kterým bylo pracováno v rámci PBSP.

Jedinci prožili fyzickou a emocionální reakci na ohrožující situaci, kterou bylo sexuální a psychické zneužívání, tragická smrt člena rodiny, život ohrožující úraz v dětském věku, hospitalizace spojená s operací v raném věku, fyzické násilí v rodině, autohavárie. Veškeré tyto druhy traumatické události se obecně hodnotí jako potencionální traumatizující podněty způsobující traumatickou odezvu organismu. Z důvodu zajištění co největší anonymizace dat nebyly požadovány informace ohledně věku, jména, pohlaví, vzdělání a zaměstnání, aby žádný z těchto údajů nemohl být nápomocný k případné identifikaci jedince.

Je nutné podotknout, že oba vzorky byly vybrány s ohledem k předem daným kritériím a nikoliv k reprezentativnosti vůči populační struktuře naší země. Z tohoto důvodu je generalizace na populaci problematická až nemožná. Přestože není možné kvantitativně definovat pravděpodobnost platnosti závěrů výzkumu díky nízkému počtu respondentů, můžeme výsledky výzkumu použít jako inspirační fakta pro zkvalitnění péče o traumatizované jedince.

3. 4 Použité metody

3. 4. 1 Použité metody u výzkumného vzorku I

TRANSKRIPCE VIDEONAHŘÁVKY

J. Hendl považuje transkripci za „proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby“ (Hendl, 2008, str. 208). P. Mayring uvádí její čtyři způsoby, mezi něž řadí techniku doslovné transkripce, kterou jsme zvolili pro náš výzkum (Mayring, 2002).

Přípravit kompletní přepis struktury vedené v anglickém jazyce je nákladný postup z hlediska času, s čímž je nutné počítat od samého počátku výzkumu. Tento proces společně s překladem do českého jazyka jsme odhadovali na cca 12 hodin, jak se však záhy ukázalo při prvním zpracování, přepis a překlad zabral téměř 2krát více čistého času na jednu strukturu, než bylo očekáváno. Celkem jsme u překladu a transkripce strávili 193 hodin.

S určitým časovým odstupem následovala ještě kontrola opakovaným poslechem, kdy byl porovnáván původní záznam s jeho transkribovanou podobou, neboť jsme si byli vědomi, že transkripce má pro náš výzkum značný význam a chtěli jsme předejít zbytečnému zkreslení či ztrátě dat. Tento systém kontroly (reliability) byl pro nás jediným možným způsobem, neboť všechny ostatní metody kontroly vyžadují přítomnost další osoby, což díky etice nebylo možné.

A. Leix upozorňuje na pravidla týkající se složitosti a podrobnosti transkripce, tedy hloubku a šíři sledování a zaznamenávání artikulovaných slov, ale i dalších znaků jako je síla hlasu, intonace apod. v závislosti na výzkumném tématu a cíli studie (Leix, 2003). Při naší transkripci docházelo k primární redukci dat, neboť nebylo možné zaznamenat vše. Systematicky a plánovitě jsme si vydefinovali pravidla pro provádění transkripce, abychom zaznamenávali co nejjednodušší určité jevy. Nonverbální projevy jsme v transkripci zcela eliminovali. Pro větší přehlednost a systematickosti jsme si vytvořili šablonu textového souboru pro transkripci audiovideozáznamu, kterou zde přikládáme jako ukázkou (viz. tab. č. 2). Jak lze vidět v předložené tabulce, za významovou jednotku jsme si zvolili větu (popř. souvětí), s níž jsme pracovali při analýze textu.

POZNÁMKY	ČÍSLO ŘÁDKU	AKTÉR	OBSAH	ČAS / sec.	POZNÁMKY
S/ 24	45	T	Kdyby tu byl svědek, svědek by viděl, kolik dojetí cítíš, když máš vedle sebe někoho, kdo ti rozumí.	20	Klientka pokyvuje hlavou a třeš pláče.
	46	K	Teď se mi ulevilo	40	
	47	T	Vidím, jak se ti třese pusa.	10	
	48	T	Chceš ještě něco říct, nebo chceš následovat tělový pocit?	10	
	49	K	Potřebovala bych strašně plakat a cítím velkou agresi, když vzpomínám na zážitek s otcem.	30	
	50	K	Slyšela jsem klíče v zámku a ihned jsem celá ztuhla.	10	
S/ 25	51	T	Kdyby tu byl svědek, svědek by viděl, kolik bolesti cítíš při vzpomínce na situaci s tvým otcem	10	

Poznámky: S-svědek, T-terapeut, K-klient

Tab. 2 Ukáзка šablony pro transkripci audiovideozáznamu.

Prováděli jsme přepis celkem 9 videozáznamů, které trvaly v průměru 1,5hod. Na každém z nich byla natočená jedna struktura vedená A. Pessem s probandem a fáze check-inu, sheringu a check-outu. Do našeho výzkumu bylo zahrnuto celkem 5 respondentů, z čehož jedna žena měla pouze 1 nahrávku struktury, neboť bylo respektováno její přání nepořizovat videozáznam z druhé terapeutické práce. Ostatní účastníci výzkumu měli každý 2 videozáznamy.

Nezbytným předpokladem pro pořízení videozáznamu byl souhlas (viz. příloha č. 3) všech účastníků výzkumů v době před jeho vznikem, jehož součástí byla i dohoda, kde budou po skončení nahrávky uloženy a kdo bude zodpovídat za ochranu údajů. Pro nás z toho vyplývala povinnost získat informovaný souhlas nejen všech probandů viděných na daných videonahrávkách (viz. příloha č. 3), ale vytvořit dohodu mezi námi a A. Pessem skrz pořádající zaštiťující organizace, kterou je v Čechách Diabasis o.s. (viz. příloha č. 2).

Jednotlivé kroky tohoto procesu vedly přes oslovení A. Pessa, M. Vančury jako odpovědné osoby za Diabasis o.s. ke konečnému zkontaktování účastníků výzkumu pomocí třetí osoby, kterou byl též M. Vančura. Probandi byli osloveni prostřednictvím emailového dopisu a přiloženého informovaného souhlasu. Důvodem tohoto jednání bylo zachování naprosté anonymity všech zúčastněných lidí. Zároveň byla stanovena pravidla A. Pessam týkající se použití daných videonahrávek, které nesmí být šířeny, viděny třetí osobou, pořizována z nich kopie a veřejně nakládáno s jejich přepisy, aby byly dodrženy veškeré dohodnuté podmínky bezpečí a ochrany soukromí před vnějším světem.

PŘEKLAD VIDEONAHRAVKY

Pro usnadnění následující práce s daty jsme se rozhodli transkribovaný text přeložit do českého jazyka. Jsme si vědomi, že tímto procesem mohlo dojít k dalším ztrátám a nepřesnostem údajů. Proto jsme i v tomto případě zvolili techniku opakovaného překladu a obě varianty vzájemně porovnali. Při nejasnosti, která nastala asi v 7 případech, jsme kontaktovali kanadského rodilého mluvčího trvale žijícího v Čechách, který provedl kontrolu těchto sedmi textových segmentů, které ničím nenapovídaly o zdroji, z kterého pochází.

OBSAHOVÁ ANALÝZA

K. Pavlica charakterizuje proces zpracování dat pomocí obsahové analýzy jako postup výběru obecnějších kategorií, o kterých zkoumaný text vypovídá, a děje se tak v souladu s výzkumným cílem. Dané kategorie jsou pak operacionalizovány do dílčích jednotek, které mohou, ale nemusí být kvantitativně zpracovávány (Pavlica, et al., 2000). Obsahovou analýzu můžeme uskutečňovat tedy kvantitativním či kvalitativním způsobem v závislosti na druhu vyčleněných jevů, s kterými pracujeme (Gavora, 2000). V našem případě budeme vyjadřovat vlastnost určitého jevu, která se týká četnosti výskytu určitých jevů v terapeutickém procesu. Tuto metodu nazývá M. Miovský jako **metodu prostého výčtu** a pojímá ji na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem (Miovský, 2006).

I. Čermák a I. Štěpaníková v této souvislosti upozorňují na fakt, že počet je také kategorie a frekvence výskytu nám může přinést zajímavé informace o kvalitě (Čermák, Štěpaníková, 1998). Kvantita se může stát nositelem důležitého významu pro interpretaci kvalitativních údajů.

Aby mohlo dojít ke kvantifikaci a následné interpretaci textu, je nutné stanovit významovou jednotku počáteční mikroanalýzy překladu videonahrávky. Pro naše účely jsme si zvolili za významovou jednotku textu větu, popř. souvětí a za časovou jednotku 10 vteřin. Následně jsme si určili analytické kategorie, které klasifikují významové jednotky a vychází z příslušného stanoveného problému. Podle J. Janouška na přesnosti vymezených kategorií závisí reliabilita obsahové analýzy textu (Janoušek, 1986). Hlavním požadavkem daných kategorií je, aby se vzájemně vylučovaly a nevstupovaly jedna do druhé. Zároveň musí být jejich charakteristika vyčerpávající a zahrnovat každý možný prvek obsahu.

Protože v analýze dat usilujeme o extrahování esence určité zkušenosti, začali jsme tyto esence zkušenosti v podobě osmi předem definovaných kategorií hledat opakovaným, důkladným pročítáním z anglického jazyka přeložených prepisů videonahrávek. Kategorie (viz. tab. č. 3) jsou vyabstrahovány z teorie PBSP na základě tří základních oblastí (práce s emocemi, edukace, zájem o běžný život), které jsou známé z Modelu tří třetin při práci s traumatizovanými klienty. Pro jejich podrobnou charakteristiku se odvoláváme na teoretickou část diplomové práce. Aby však bylo možné s kategoriálními systémy pracovat, je nutné je definovat. Bez této primární charakteristiky by nebylo možné provést jednoznačné rozhodnutí o přiřazení do kategorie.

Zde je zachycujeme následujícím způsobem, který nám umožňuje jejich identifikaci v textu:

KATEGORIE Z OBLASTI PRÁCE S EMOCEMI:	
POSTAVA SVĚDKA	→ hypotetická postava svědka se objevuje skrz ústa terapeuta, který říká: „Kdyby tu byl svědek, svědek by řekl, vidím, jak... se cítíš, když vyprávíš o... (kontext).“
HLASY	→ hlas se objevuje skrz ústa a gesto terapeuta: „Je tu... hlas, který říká...!“ → hlas může mít nejrůznější kvalitu: hlas obviňující, žádající, stěžující, hlas disociace, hlas pravdy
SYMBOLICKÁ SCÉNA (ANTIDOTUM)	→ formování symbolické scény začíná v momentě příchodu ideálních postav na scénu a interakcí klienta s nimi → symbolická scéna končí derolováním ideálních postav → specifickým případem ideálních postav jsou ochranné ideální postavy, které se objevují na rovině „teď a tady“ v procesu terapie a jsou též antidotem, napomáhají zvládnout emoce vynořující se z historie
SDÍLENÍ EMOCÍ V RÁMCI CHECK-IN FÁZE	→ sdílení pocitů, které provane aktuálně prožívá či prožíval v uplynulé době

KATEGORIE Z OBLASTI EDUKACE:	
EDUKACE V RÁMCI PRESTRUKTURÁLNÍ FÁZE	<p>účastníci při teoretickém seznamování s PBSP metodou získávají informace ohledně:</p> <ul style="list-style-type: none"> → pravidel chování ve skupině v různých fázích terapeutické práce → průběhu terapeutického sezení a jeho jednotlivých fází a časových rovinách → užívání a funkci specifických terapeutických prvků (hlasy, postava svědka, placeholder, historická scéna, symbolická scéna, ideální postavy) → vývoje jedince (systém bazálních a sekundárních potřeb, optimální a patologický vývoj, význam a vliv různých interakcí na život jedince, teorie deficitů, traumatu a mezer v rolích, funkce pilota)
EDUKACE V RÁMCI STRUKTURY	<ul style="list-style-type: none"> → navrácení se k teorii PBSP a znovu vysvětlování výše zmíněných prvků, které se dávají do souvislosti s aktuální situací

KATEGORIE Z OBLASTI ZAMĚŘENÉ NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT:	
KAŽDODENNÍ ŽIVOT V RÁMCI STRUKTURY NA ROVINĚ „TEĎ A TADY“	<ul style="list-style-type: none"> → informace o aktuální životní situaci probanda
KAŽDODENNÍ ŽIVOT V RÁMCI CHECK-OUT FÁZE	<ul style="list-style-type: none"> → zaměření pozornosti na potřeby probandů a na situaci, do které se navrácí a která je čeká → informace z běžně žité reality

Tab. 3 Charakteristika osmi základních kategorií pro užití obsahové analýzy.

Za hlavní zobrazovací techniku jsme si zvolili tabulku (viz. tab. č. 2), která nám nesloužila pouze pro transkripci a překlad daného materiálu, ale i pro analýzu dat. Graficky, barevně či popisem jsme vyznačovali výroky, které spadaly svým významem do určité, výše uvedené kategorie. Např. „S/24“ značí použití postavy svědka, číslo za lomítkem nás informuje o četnosti jevu v daném transkriptu a zelená barva políčka o sdělení ústy terapeuta.

Je nutno podotknout, že paralelně probíhala též analýza časových charakteristik vybraných fenoménů. Nejmenší možnou jednotkou času se stalo 10 sekund a dané fenomény tak byly též sledovány a zaznamenávány z hlediska jejich trvání. V časové analýze našly své místo i nonverbální charakteristiky komunikace, pomlky, ticho, pláč apod.

Postup založený na tabulkové metodě pro analýzu dat je metoda rámcové analýzy. Její autoři, J. Ritchie a L. Spencer, ji považují za předběžnou fázi interpretativních postupů a dle nich slouží k usnadnění systematického prozkoumávání dat (Ritchie, Spencer, 1994). Prvním krokem práce s materiálem je jeho *organizace*, kdy jde o pečlivé rozřazení a redukci dat. Druhým krokem je vlastní

interpretace, která vede k popisné nebo explanatorní zprávě o zkoumané oblasti (Hendl, 2008, str. 217).

Součástí explorační je kvantifikace analytických kategorií, které nám přinesly informace o výskytu četnosti definovaných jevů, tj. o jejich relativním počtu (vyjádřeno v procentech). Důvodem užití této deskripce souboru je její následné porovnání s modelem tří třetin a diskuse nad výsledky v závěrečné části výzkumu.

3. 4. 2 Použité metody u výzkumného vzorku II

POLOSTRUKTUROVANÉ INTERVIEW

V předvýzkumu se staly metodou získávání dat dva individuální „rozhovory podle návodu“, jak nazývá J. Hendl seznam otázek, které je nutné probrat v interview (Hendl, 2008). Cílem pilotního dotazování bylo zmapování případných limitů této metody v souvislosti se sdílením tématu traumatu, o kterém může být nesnadné hovořit s jiným člověkem. Důvodem úskalí ve výpovědích mohou být osobnostní faktory dotazujícího se (nerespektování jedinečnosti člověka, neadekvátní vytváření bezpečného prostředí pro sdílení apod.) i dotazovaného (míra schopnosti otevřít se apod.), tématické vymezení, významnou roli hraje též vztahový aspekt, kontext situace a další.

Byli jsme si tedy vědomi těchto nedostatků, které obsahuje kvalitativní dotazování. J. Hendl uvádí tři základní meze: 1) přehnané, zkreslené nebo nedokonalé odpovědi, 2) rozdíl mezi řečeným a konaným, 3) subjekt nechápe kontext (Hendl, 2008).

I přes tyto limity se nám polostrukturovaný rozhovor jevil jako nejvhodnější forma dotazování, neboť vycházel z konkrétních bodů aplikovatelných flexibilním způsobem tak, aby mohly být zároveň naplněny potřeby samotného respondenta, především potřeby bezpečí. Sdílet vše, co považuje jedinec za důležité a zároveň možné, možnost kdykoli se dotázat, dané téma opustit nebo ukončit výzkum bylo prodiskutováno jako jedny z pravidel před počátkem rozhovoru.

Rozhovor probíhal v terapeutické místnosti a oba respondenti, frekventanti PBSP výcviku, tak měli zajištěné nerušené, klidné prostředí pro rozhovor, který trval cca 45 minut. Prvních 10 minut bylo věnováno seznámení se s účelem a podmínkami výzkumu. V tomto bodě vzešel požadavek, kdy z důvodu citlivosti daného tématu jsme byli nuceni zaměnit naši původně zamýšlenou metodu fixace dat prostřednictvím nahrávacího zařízení na ruční záznam. Dohodli jsme se tak po žádosti respondentů, aby odpovědi jedinců byly ručně zapisovány do předem připravené tabulky. V rámci tohoto záznamu docházelo k první redukci dat přímo při jejich fixaci. Ruční zápisy byly ihned po ukončení rozhovoru převedeny do počítačové podoby, aby bylo co nejvíce dat zachováno v co nejpresnější podobě a mohly být dále analyzovány. Zároveň došlo k úpravě otázek v polostrukturovaném rozhovoru a byla vytvořena konečná verze dotazů.

DOTAZNÍK

V závislosti na rozptýlení našeho vzorku po nejrozličnějších místech Čech a Moravy se ukázalo jako finančně nákladné a časově obtížné dodržet původní záměr polostrukturovaného interview. Poctivě jsme zvažovali různé alternativní formy a nakonec jsme se přiklonili k výzkumu pomocí dotazníkové metody. Překvapivým zjištěním bylo porovnání písemného záznamu z předvýzkumu, polostrukturovaného interview, s vyplněným dotazníkem. Obě podoby se téměř nelišily, což nás podpořilo v možnosti jeho užití. Jak sám název nasvědčuje, slovo dotazník je úzce spojen s dotazováním se. Podle P. Gavora se jedná o způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí (Gavora, 2000).

Všech 15 probandů z našeho výzkumného vzorku bylo informováno emailovou formou o účelu a podmínkách výzkumu, v čemž byl zahrnut jejich souhlas se zpracováním získaných informací do diplomové práce, dohoda o anonymizaci údajů a publikování odpovědí v částech, nikoli v komplexní dotazníkové podobě (ty jsou však se souhlasem jedinců k nahlédnutí u autora diplomové práce). Za vyplnění dotazníku bylo recipročně slíbeno probandům informování o výsledcích daného výzkumu a poskytnutí této diplomové práce jako informační zdroj o PBSP metodě a oblasti traumatu.

Respondenti byli vyzváni, aby dotazník administrovali a odeslali v určeném časovém horizontu z adresy zavedené pro tento výzkum (vyzkumpbsp@seznam.cz), která měla podpořit anonymitu dotazníku. Otázky měli jedinci zpracovávat způsobem, jakým by na ně reagovali v ústní formě. Pět respondentů se v průběhu administrace ozvalo s upřesňujícími dotazy.

V rámci dotazníku jedinci odpovídali na otázky:

→ Z OBLASTI HISTORIE VLASTNÍHO TRAUMATU A TERAPEUTICKÉ PRÁCE PBSP METODOU S DANÝM TRAUMATICKÝM ZÁŽITKEM
1. Máte zkušenost traumatického zranění z dětství, která by se vešla do následující definice: „Traumatická událost je jakákoliv zkušenost, která nadlimitním způsobem porušuje kvality psychické a fyzické integrity a vzbuzuje pocity ohrožení a strachu o vlastní život“?
2. Pokuste se konkrétně popsat svoji traumatickou zkušenost z dětství.
3. Bylo s tímto traumatem z vaší osobní historie pracováno v rámci PBSP?
4. Kolik struktur v individuální práci na pozadí skupiny v rámci PBSP jste absolvovala?
→ Z OBLASTI SUBJEKTIVNÍHO PROŽÍVÁNÍ TERAPEUTICKÉ PRÁCE PBSP METODOU PROSTŘEDNICTVÍM RŮZNÝCH TERAPEUTICKÝCH INTERVENCÍ
5. Které terapeutické intervence si vybavujete? (terapeutickou intervencí jsou míněny jakékoli prvky, které užívá terapeut v rámci PBSP)
6. Pokuste se subjektivně ohodnotit znaménkem + či – užitečnost těchto intervencí -používání svědka (mikrotreking) - edukace -stavění symbolické scény (antidotum) -znovuvyprávění traumatické historie
7. Můžete vybrat jakékoli tři nejdůležitější terapeutické intervence?
8. Když se řekne práce s emocemi, jak s nimi bylo zacházeno ve vaší struktuře? Co do tohoto fenoménu vše řadíte?
9. Kterým terapeutickým intervencí jste v rámci své struktury nerozuměla?
10. Byly vám vysvětleny v průběhu vaší terapeutické práce?
11. Které intervence považujete za zbytečné v procesu PBSP, proč?
12. Které terapeutické intervence byste ještě uvítala v rámci PBSP, případně v čase po ní?

→ Z OBLASTI TÝKAJÍCÍ SE TERAPEUTICKÉ HODNOTY PBSP PROCESU
13. Co bylo pro vás nejhodnotnější při terapii PBSP, případně v čase po ní?
→ Z OBLASTI TÝKAJÍCÍ SE JINÝCH SDĚLENÍ
14. Je ještě něco, o čem jsme zatím nemluvili a je nyní důležité? (prostor pro osobní sdělení).

Tab. 4 Dotazník a jeho otázky členění dle předem vymezených kategorií.

Jak je možné vysledovat, v dotazníku se objevují jak otázky s jednoslovnou odpovědí (1, 3, 4, 6, 10), tak otázky poskytující volnost reakcí (2, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14). První typ položek má deskriptivní přínos, oproti otevřeným otázkám, které jsme podrobili analýze metodou zakotvené teorie.

OBSAHOVÁ ANALÝZA

Vzhledem ke zkoumanému problému, jímž je subjektivní zkušenost s určitými fenomény z PBSP procesu, a za účelem zmapovat co nejrozsáhlejší spektrum různých možností dané oblasti jsme zvolili kvalitativní přístup zpracování dat v rámci metody zakotvené teorie. Podle A. Strausse a J. Corbinové je jednou z jejich výhod schopnost integrovat různá data a její plastičnost použití, které vedou k tvorbě induktivně odvozené zakotvené teorie o nějakém jevu (Strauss, Corbinová, 1999).

Analytický postup při zpracování dat začínal identifikací významových jednotek (v našem případě slovo či slovní spojení) (Miovský, 2006). Tito nositelé určité informace byli následně kódováni. Výsledkem této práce je popis nejdůležitějších kategorií, které se v rámci subjektivního prožívání určitých fenoménů v terapeutickém procesu vyskytují.

Analyzování a konceptualizace údajů probíhalo ve třech rovinách, které se mohou navzájem prolínat a doplňovat. Jednalo se o otevřené, axiální a selektivní kódování (Strauss, Corbinová, 1999).

V odpovědích na otevřené otázky byly určeny významové jednotky, z nichž byly vytvořeny kategorie na základě neustálého porovnávání a hledání vztahů mezi nimi. Tímto způsobem začaly vznikat jednotlivé kategorie a subkategorie. Proces kódování je procesem analýzy a konceptualizace dat, kategorizace je proces seskupování pojmů, které přísluší stejnému jevu. Konceptualizací je rozuměn interpretativní postup, kdy se přechází z deskriptivní roviny do roviny hledání toho, co je ukryto za daným jevem (Strauss, Corbinová, 1999).

V rámci procesu kódování je nezbytné mít na paměti tzv. teoretickou citlivost, schopnost vidět s analytickou hloubkou to, co reálně existuje (Miovský, 2006). Cílem analýzy je vytvořit síť pojmů sdružených do kategorií a odhalit jejich vzájemné vazby (Strauss, Corbinová, 1999). Deskripce jednotlivých kategorií vychází z materiálů získaného z dotazníkových výpovědí probandů, které budeme pro ilustraci citovat v rámci zpracování výsledků výzkumu.

3. 5 Zpracování výsledků výzkumu

Již od počátku výzkumu jsme stanovili dva výzkumné záměry, které byly spojené:

- s analýzou videonahrávek, které pocházely ze studie „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“ PBSP systému“. Analýza dat se zaměřovala na určení časové a obsahové četnosti vybraných PBSP fenoménů z teorie PBSP (výzkumná část I).
- se zpracováním dat z dotazníků zjišťující subjektivní vnímání vybraných fenoménů z PBSP teorie (výzkumná část II).

Oba tyto výzkumné záměry jsou nadále představovány v oddělené podobě, výzkumná část I, výzkumná část II.

3. 5. 1 Výsledky výzkumné části I

Prvním z cílů výzkumu byla snaha zachytit četnost opakujících se zvolených fenoménů z teorie PBSP v práci s traumatizovanými klienty, které jsou neustále v procesu změn a připouštějí odchylky ztvárnění. Vzhledem k charakteru výzkumného procesu, který při zpracování výsledků analýzy videozáznamu žádal deskriptivní, analytické a interpretativní postupy, se nám kvalitativní metodologie zdála jako nejvhodnější způsob práce s daty. Pro tento proces bylo nutné široké teoretické zázemí PBSP metody, od kterého se odvíjelo definování kategorií, které byly následně identifikovány v textu. Při kvalitativní analýze jsme zohledňovali celý kontext řečeného.

Procentuální vyjádření bylo posledním krokem zpracování výsledků navazující na výše popsané postupy a přineslo nám následující zjištění v oblasti určení obsahové a časové četnosti u analyzovaných transkripcí videonahrávek pilotní, česko-americké studie při práci s traumatizovanými klienty.

První analytická část výzkumu odpovídala na otázku: „**S jakou obsahovou proporcí se vyskytuje v dostupných materiálech fenomén edukace, práce s emocemi a zaměření se na běžný život?**“ a procentuálně vymezovala dané jevy z hlediska obsahu (verbálních intervencí). Tyto základní kategorie jsme převzali z Modelu tří třetin a obsadili je teoretickými koncepty, které jsou známé z PBSP. Jak lze vidět v tabulkách, jednotlivé kategorie jsou syceny různou mírou danými fenomény.

Tabulka č. 5 ukazuje, že největší verbální prostor v celkovém terapeutickém procesu zabírá edukace (38,7 %) a to především edukační činnost v rámci prestrukturální fáze (32,5 %), kdy se jedinci seznamují s pravidly terapeutického sezení, jednotlivými prvky a procesem PBSP, ale s vývojovou teorií zaměřenou na deficitní plnění potřeb či vznik traumatické zkušenosti.

Téměř se srovnatelnou proporcí jako se vyskytuje edukace je v terapeutickém procesu začleněna práce s emocemi (38,6%). Ta se v rámci struktury naplňuje pomocí užívání hlasů (0,6 %), postavy svědka (3,6 %) a stavění symbolické scény (33,7 %). Poslední zmiňovaný jev je dle PBSP teorie nejdůležitější částí terapie, neboť v rámci ní dochází k emočně korektivní zkušenosti.

Lze si povšimnout, že obsahová charakteristika je v přímé úměrnosti z teorie známou významností dané etapy a zabírá třetinovou část práce s emocemi. Jako zajímavá informace se může jevit průměrné užití postavy svědka či hlasů, které zpřítomňují a prohlubují aktuální prožívání. Na tuto informaci poukazuje průměrný počet vět v daných oblastí, neboť jedna věta značí v tomto případě jednu formulaci hlasu či svědka. Svědek v rámci PBSP terapie odečítá emoční výraz z tváře průměrně 24krát, hlasy se objevují v průměru 4krát.

Běžnému životu se v PBSP terapii věnujeme jak ve struktuře, tak v check-out fázi, přesto je obsahové vymezení téměř zanedbatelné (2,1%).

	průměrný počet vět v terapeutickém procesu PBSP	relativní obsahová četnost daných fenoménů v procesu PBSP (%)
PRÁCE S EMOCEMI	65	38,6
používání postavy svědka	24	3,6
používání hlasů	4	0,6
stavění symbolické scény	227	33,7
v rámci check-in fáze	5	0,7

	průměrný počet vět v terapeutickém procesu PBSP	relativní obsahová četnost daných fenoménů v procesu PBSP (%)
EDUKACE	131	38,7
edukace v rámci prestrukturální fáze	219	32,5
edukace v rámci struktury	42	6,2

	průměrný počet vět v terapeutickém procesu PBSP	relativní obsahová četnost daných fenoménů v procesu PBSP (%)
ZAMĚŘENOST NA BĚŽNÝ ŽIVOT	7	2,1
v rámci struktury na rovině „tady a teď“	9	1,4
v rámci check-out fáze	5	0,7

	průměrný počet vět v terapeutickém procesu PBSP
CELKOVÁ CHARAKTERISTIKA PBSP PROCESU (check-in fáze, struktura, check-out fáze)	674
PBSP STRUKTURA	448

Tab. 5 Obsahové vymezení jednotlivých fenoménů v procesu PBSP.

V tabulce č. 6 je však zřejmé, že dané charakteristicky můžeme posuzovat ze dvou úhlů pohledu. Prvním z nich je dlouhodobé hledisko PBSP procesu, kde jsou jednotlivé PBSP fenomény mapovány v rámci všech fází terapeutického procesu, v check-inu, struktuře a check-outu. V rámci struktury se objevují všechny vymezené verbální intervence, kdežto v prestrukturalní fázi chybí vyprávění o každodenním životě a v poststrukturální etapě schází edukační činnost a práce s emocemi.

Krátkodobý pohled na proces Pesso Boyden psychomotorické terapie postihuje vlastní terapeutickou činnost v rámci struktury. Při vzájemném porovnání obou hledisek (krátkodobého a dlouhodobého) se ukazuje nejvýraznější rozdíl v oblasti edukace. Ve struktuře terapeut poskytuje informace klientům pouze v 9,3 %, kdežto z hlediska celého procesu o 29,4 % více.

Z předložených výsledků dále vyplývá, že práce s emocemi pomocí hlasů, postavy svědka a stavění symbolické scény zaujímá nejvíce verbálního prostoru v PBSP terapii (56,9 %), což je o 18,3 % více než jak bylo vyčísleno v rámci celého terapeutického procesu. Oba pohledy však souhlasně pohlíží na pozornost věnovanou každodennímu životu. Tato oblast je nejméně sycenou částí terapie.

	relativní obsahová četnost daných fenoménů v procesu PBSP (prestrukturální, strukturální, poststrukturální fáze) (%)	relativní obsahová četnost daných fenoménů v PBSP struktuře (%)
EMOCE	38,6	56,9
EDUKACE	38,7	9,3
ZAMĚŘENOST NA BĚŽNÝ ŽIVOT	2,1	1,8

Tab. 6 Srovnání obsahových charakteristik procesu PBSP z dlouhodobého a krátkodobého hlediska.

Druhým hlediskem posuzování četnosti daných jevů se stala kvalita časová v souvislosti s předloženou výzkumnou otázkou: „S jakou časovou proporcí se vyskytuje v dostupných materiálech fenomén edukace, práce s emocemi, zaměření se na běžný život?“ Podle našich výsledků trvá v průměru samotná struktura 66 minut. Při porovnávání s běžně uváděným časem struktury (50 minut) můžeme zpozorovat, že struktury vedené A. Pessem byly o 16 minut delší, než se dočteme v literatuře popisující teorii PBSP.

V tabulce č. 7 jsou prezentovány časové charakteristiky jednotlivých fenoménů v PBSP procesu z dlouhodobého hlediska. V poměru k jednotlivým kategoriím bylo nejdéle pracováno s emocemi (48,4 %), oproti edukaci (37,5 %) či zájmu o běžný život (4,0 %).

	průměrný počet minut v terapeutickém procesu PBSP	relativní časová četnost daných fenoménů v procesu PBSP (%)
PRÁCE S EMOCEMI	25,7	48,4
v rámci prestrukturální fáze (check-in)	2	1,9
v rámci vlastní struktury (postava svědka, hlasy, stavění symbolické scény)	49,3	46,5
	průměrný počet minut v terapeutickém procesu PBSP	relativní časová četnost daných fenoménů v procesu PBSP (%)
EDUKACE	29,9	37,5
v rámci prestrukturální fáze	36	34
v rámci struktury	3,7	3,5
	průměrný počet minut v terapeutickém procesu PBSP	relativní časová četnost daných fenoménů v procesu PBSP (%)
ZAMĚŘENOST NA BĚŽNÝ ŽIVOT	2,1	4
v rámci struktury (na rovině „tady a teď“)	2,2	2,1
v rámci poststrukturální fáze (check-out)	2	1,9

Tab. 7 Časové vymezení jednotlivých fenoménů v procesu PBSP.

V časové analýze daných jevů lze opět rozčlenit pohled na samotnou strukturu či celý terapeutický proces, do kterého je zahrnuta též check-in i check-out fáze. Časové charakteristiky samotné struktury přináší stejné pořadí výsledků jako u celkového terapeutického procesu. Výrazný časový podíl je věnován emoční práci (74,4 %), poté edukační části (0,9 %) a oblasti zájmu o běžný život (4,0 %).

	relativní časová četnost daných fenoménů v procesu PBSP (prestrukturální, strukturální, poststrukturální fáze) (%)	relativní časová četnost daných fenoménů v PBSP strukturuře (%)
EMOCE	48,4	74,4
EDUKACE	37,5	0,9
ZAMĚŘENOST NA BĚŽNÝ ŽIVOT	4,0	0,7

Tab. 8 Srovnání obsahových charakteristik procesu PBSP z dlouhodobého a krátkodobého hlediska.

Daleko zřetelněji ukazuje vzájemné rozdíly i podobnosti celkové terapeutické činnosti a struktury souhrnná tabulka č. 9, kde jsou poskládány časové a obsahové charakteristiky jednotlivých oblastí vedle sebe.

	relativní obsahová četnost daných fenoménů v procesu PBSP (prestrukturální, strukturální, poststrukturální fáze) (%)	relativní obsahová četnost daných fenoménů v PBSP struktuře (%)	relativní časová četnost daných fenoménů v procesu PBSP (prestrukturální, strukturální, poststrukturální fáze) (%)	relativní časová četnost daných fenoménů v PBSP struktuře (%)
EMOCE	38,6	56,9	48,4	74,4
EDUKACE	38,7	9,3	37,5	0,9
ZAMĚŘENOST NA BĚŽNÝ ŽIVOT	2,1	1,8	4,0	0,7

Tab. 9 Srovnání obsahových a časových charakteristik procesu PBSP z dlouhodobého a krátkodobého hlediska.

V tabulce č. 9 je zřejmý jednotný pohled na strukturu jako vlastní terapeutickou práci, v němž z časového i obsahového hlediska jsou fenomény práce s emocemi, edukace a pozornost k běžnému životu řazeny ve shodné posloupnosti od nejvíce frekventovaných po nejméně užívané. V terapeutické práci pojaté z dlouhodobého hlediska se na prvních místech střídá edukace a práce s emocemi. Přestože obsahově se nejvíce prostoru věnuje poskytování informací a učení (38,7 %), z časového hlediska trvá nejdéle práce s emocemi, především stavění symbolické scény. Možným vysvětlením může být odlišné tempo řeči užívané v různých fázích terapeutické práce, ale i fakt, že při zahlcení pocitu může být obsah verbalizován pomaleji než např. při běžné edukační činnosti. Dalším důvodem je přítomnost jevů jako je ticho, povzdech, pláč, které náležejí do určité etapy (např., etapa stavění symbolické scény) a s nimiž bylo v rámci časového mapování též zacházeno.

V souhrnném vymezení je zřejmé, že se časové a obsahové proporce jevů v psychoterapeutickém procesu liší. Zároveň tato mapující studie přináší odpověď na dílčí výzkumnou otázku: „**Jak korespondují teoretické znalosti PBSP při práci s traumatizovanými jedinci s praxí? Jsou v praxi přítomny vybrané jevy z teorie PBSP při práci s traumatizovanými klienty?**“

Lze s jistotou říci, že se v praxi PBSP vyskytovaly námi zvolené a v teorii PBSP popsané fenomény a byly přítomné u všech jedinců bez výjimky.

V našem výzkumném vzorku se objevují v následujícím objemu vzhledem k celkovému procesu PBSP: edukace (6,2 %, 42 vět v průměru), používání hlasů (0,6 %, 4 věty v průměru), používání postavy svědka (3,6 %, 24 vět v průměru), stavění symbolické scény (33,7 %, 227 vět v průměru) a zájem o každodenní život (1,4 %, 8 vět v průměru).

Procentuální a průměrové vymezení těchto fenoménů z hlediska obsahu může být informačním přínosem především pro PBSP terapeuty a frekventanty výcviku, neboť dané poznatky nejsou uváděny literatuře a mohou posloužit jako orientační vodítko v učící fázi aplikování PBSP terapie..

3. 5. 2 Výsledky výzkumné části II

Tato výzkumná část předkládá výsledky, které odpovídají na hlavní i dílčí výzkumnou otázku:
„**Jak dříve traumatizovaní klienti subjektivně hodnotí účinnost edukace a práce s emocemi?**“
„**Co vnímají klienti za terapeutický přínos PBSP metody?**“

Při zpracovávání a vyhodnocování dotazníku bylo nutné brát v úvahu celý kontext odpovědí, nejen jednotlivě vyskytující se části. V následujícím textu představujeme jak výsledky z deskriptivní části, tak výsledky z obsahové analýzy, kde pojmenováváme centrální jevy, které se zde vyskytovaly. Analýzou dotazníků jsme vytvořili hlavní kategorie, případně podkategorie reflektující danou oblast v konkrétnější podobě.

Pro ilustraci nabízíme kurzívou označené úryvky z dotazníků při zachování slovníku používaného účastníky. Doslovné výňatky z dotazníků jsou citovány pod zkratkou R1-R15 (respondent č. 1-15), což označuje autora daného výroku. Subjektivní výpovědi doplňujeme našimi interpretacemi, úvahami či vzájemným porovnáním.

A) Popis výsledků z oblasti historie vlastního traumatu a práce s traumatickou zkušeností s PBSP metodou.

Tato část dotazníku měla deskriptivní charakter a sloužila též k zařazení probandů do výzkumu. Kladná odpověď jedinců na přítomnost traumatického zážitku v jejich osobní historii, alespoň jedna psychoterapeutická práce na daném tématu PBSP metodou a dobrovolnost probandů označovala vstupní podmínky do daného výzkumu.

Této výzkumné části se zúčastnilo celkem 15 osob, kteří prožili fyzickou a emocionální reakci na ohrožující situaci, jíž bylo sexuální (1) a psychické zneužívání (3), tragická smrt člena rodiny (4), život ohrožující úraz v dětském věku (1), hospitalizace spojená s operací v raném věku (1), fyzické násilí v rodině (4), autohavárie (1). Každý z probandů se v průměru zúčastnil 5 PBSP struktur v individuální podobě ve skupině.

B) Popis výsledků z oblasti subjektivního prožívání PBSP terapeutického procesu prostřednictvím různých terapeutických intervencí.

a. Popis výsledků z oblasti práce s emocemi

Dříve než odprezentujeme výsledky týkající se samotné oblasti práce s emocemi v psychomotorické terapii, pozastavíme se u obecných otázek mapujících terapeutické intervence v procesu PBSP. Ty totiž nejčastěji poukazovaly právě na emoční oblast v rámci aplikace PBSP metody, a proto je zmiňujeme v této části. Z hlediska rozpomínání se či hodnocení subjektivní významnosti daných fenoménů probandi nejčastěji zmiňovali *stavění symbolické scény* (14 bodů), do kterých zahrnovali interakci s ideálními a podpůrnými postavami, a *mikrotracking* (13 bodů).

V souvislosti s tím se jako zajímavá kategorie ukázala oblast *edukace*, jejíž hodnotu jedinci kladli velmi vysoko ve vědomé volbě (14 bodů), avšak samovolně si na ní rozpomnělo pouze 5 osob prostřednictvím získání informací ohledně teorie traumatu a mezer v rolích. Překvapivě stěžejní teorie potřeb ve smyslu deficitní saturace zůstala opomenuta.

Kategorii, kterou jsme jako výzkumníci vědomě nesledovali, ale v otevřených odpovědích se vyskytla více jak u poloviny probandů (8), byla terapeutem tvořená sféra možností skrze formování bezpečného terapeutického prostoru. Tato informace nám koresponduje s teorií PBSP a znovu připomíná, jak je důležité věnovat pozornost těmto zdánlivě automatickým a lehce přehlédnutelným momentům.

Práce s emocemi a jejím zacházením v rámci PBSP se stala jednou z nerozsáhleji propracovaných částí daného dotazníku. Za touto skutečností se ukrývá podrobný popis dvou základních kategorií, kterými jsou: *postava svědka a interakce s ideálními postavami*. Tyto kategorie jsou charakterizovány z hlediska subjektivního prožívání a nikoli z hlediska jejich teoretických znalostí. Jak lze vidět, subjektivní prožívání a efekt daných terapeutických intervencí je v souladu s psychologickým účelem známým z teorie PBSP užíváním daných prvků.

KATEGORIE POSTAVA SVĚDKA=terapeutický prostředek, který v sobě skrývá následující podkategorie, jež z velké části působí na kognitivní rovinu (pojmenování, porozumění, zvědomování emocí):

→pojmenování emocí= terapeutickou hodnotou pojmenovávání je jednak podpora zvědomování emočního prožívání, ale i pocit, že je klientovi rozuměno, pokud je daný název emoce souhlasný. „*Když mi terapeut pojmenuje emoci, zaměřím pozornost ke konkrétnímu místu v těle a najednou vnímám, že cítím, i když jsem si toho nebyla do té doby vědoma, ale je to namáhavý proces*“ (R13). „*Tím, že někdo moje emoce správně vidí a správně nazývá, tím zažívám, že mi terapeut rozumí a povzbuzuje to moji chuť do další práce*“ (R10). Pojmenovávání nenese kvalitu hodnocení dané emoce, což podporuje pocit akceptace emocí „*Svědka je pro mne nejdůležitější intervencí v PBSP, je to jako takový hodný rodič, který se na vás láskyplně dívá a říká, co cítíte, když to sami zrovna nevíte, tím, že vás nehodnotí, nemusím mít strach cítit*“ (R15).

→porozumění emocím= terapeutickým cílem není pouze dát jméno našemu prožívání tak, jak to dělají naši rodiče, když jsme malé děti a učí nás tím vyznat se ve svých emocích, ale je nezbytné porozumět kontextu, v kterém se emoce objevuje. „*Když si uvědomím, že nepláču, protože jsem smutná, ale protože jsme zraněná a cítím spoustu bolesti, když vyprávím o situaci ztráty partnera, mohu lépe porozumět všemu, co se děje kolem a co je s tím spojené. Zároveň se tím zpětně posiluje mé tělově-emoční prožívání, je to jako dráha, po které jedu*“ (R2).

→ zvědomování emocí= proces pojmenování úzce souvisí s jejich zvědoměním v naší mysli. „*Postava svědka přivolává mé emoce do vědomí. „Najednou si uvědomuju, že pláču, vím o tom a rozumím proč“ (R6).*

→ prohlubování emočního zážitku= pokud je svědkování přesné a nehodnotící, umožňuje jedincům mít bližší a vědomější kontakt se svými emocemi. „Svědék je někdo, kdo mi pomáhá být v kontaktu svobodně s tím, co opravdu cítím, abych nelhal před sebou ani před ostatními. Když se tak děje, mohu cítit hluboké pocity, které jsem sám ani netušil“ (R8).

KATEGORIE SYMBOLICKÁ SCÉNA= prostřednictvím ideálních postav mohou probandi zažít:

→ abreakci emocí= abreaktivní způsoby práce s emocemi přináší úlevu jedincům pouze tehdy, je-li abreakce vedená po malých krocích a bezpečným způsobem.

→ limity emocí= pro traumatizované klienty je obvyklé zahlcení zážitky z minulosti a strach, co odkrytí historie může přinést za velké prožitky. Podpůrné ideální postavy jsou v danou chvíli nápomocné limitovat neohraničenou sílu těchto emocí. „*Jsem tady s tebou a pomohu ti zvládnout všechny emoce bezpečným způsobem*“. Tyto osoby nepůsobí často pouze verbálně, ale poskytují klientovi tělový zážitek fyzického kontejmentu (ohraničení). „*Vždycky když se mi začne tělo třást a přichází hluboký vzlykavý pláč, přeju si podpůrné osoby (R11). Vždy jen sedí, drží mne na hrudi nebo za ruce a emoce ustávají, je to jako když kolem mne přišla ochrana a já tu tíhu nemusím zvládat sama*“ (R1).

→ podporu emočnímu vyjádření= ideální postavy nehodnotí emoce a napomáhají jejich vyjádření prostřednictvím povolujících formulí „*Cítit hněv v této situaci je naprosto v pořádku, můžeš ho prožívat nejen uvnitř, ale projevit i navenek*“. Tímto svým působením ukazují klientovi možnost tyto své potlačené části akceptovat a rozvíjet jejich svobodné vyjadřování. „*Vždy když mám u sebe ideální postavy, tak čerpám jejich zkušenosti a učím se, jak vyjadřovat to, co tak dlouho držím. To mne naplňuje vždy pocitem naděje do budoucna, že to bude možné dělat i v běžném životě*“ (R9).

Jak lze vidět, zaměření se na rovinu historické scény, význam používání hlasů či emoce objevující se v rámci check-in kolečka jsou oblasti práce s emocemi, které zde nenachází místo. Vysvětlení, proč traumatizovaní klienti nezmiňují práci v historické rovině, může úzce souviset s retraumatizací, jak je tento fenomén rozpracováván v mnoha publikacích (Herman, 2001, Schrenker, 2008).

Souhrnně lze říci, že respondenti kladli důraz na jevy, které napomáhají jednak vzbuzování emocí (postava) a jednak k jejich integraci pomocí ideální, antidotární, symbolické scény. V tomto pohledu se potvrzuje významnost emočně korektivní zkušenosti, jako jeden z přínosů Pesso Boyden psychomotorické terapie pro oblast psychoterapie.

b. Popis výsledků z oblasti edukace

Díky zařazení PBSP metody mezi tělově orientované přístupy by se mohlo zdát, že edukace a kognitivní procesy nemají příliš místa v daném směru. Analýza výsledků videozáznamu však ukazuje, že kognitivní oblast je pevnou součástí léčby traumatizovaných klientů a kognitivní integrace je významná.

Dotazy týkající se neporozumění edukaci v rámci procesu, stejně jako dotazy zaměřující se na následné vysvětlení nesrozumitelných intervencí nepřinesly rozmanité odpovědi. Až na dva respondenty s tímto fenoménem neměli v rámci psychoterapeutického procesu ostatní probandi obtíží a zápornou zkušenost. Z tohoto důvodu nelze stanovit kategorie, ale je možné pro zajímavost předložit odlišující se názory respondentů.

Jeden z probandů se domnívá, že aktuálním limitem porozumění edukace v rámci struktury byla jeho zahlcenost vlastními emocemi. Říká: „*Informace byly zajímavé, ale nic si z toho nepamatuji, vše se mi to slilo v jeden zážitek, přestože jsem se dotazoval, v danou chvíli jsem neměl kapacitu vnímat. Měl jsme v sobě silné emoce a můj pilot byl lehce odpojen*“ (R15). Pro terapeuty v dané větě mohou být sdělena mezi řádky důležitá témata: práce s časem a jeho dostatečné poskytnutí pro emoční zpracování, ale též práce na zvědomování a propojování emoční, tělové a kognitivní sféry.

Pro druhého jedince (R7) bylo náročné pochopení části teorie potřeb, která se týkala raného dětství. Tyto názory nebyly pro něho empiricky zachytitelné a tím pádem málo uvěřitelné. Požadavek na psychoterapeutické směry, které by neměly být pouze uměním, ale i vědou, se rozšiřuje i do oblasti aplikace daného směru a nezůstává pouze v oblasti oborové a mezioborové, jak ilustruje tento moment.

c. Popis výsledků z oblasti intervencí obecně

Tato oblast dotazů se orientovala na hodnocení míry a kvality terapeutických intervencí. Jak se v odpovědích probandů ukázalo, dané body byly zpracovány především z hlediska kvantity. Jedenácti respondentům vyhovuje PBSP proces přesně v té podobě, v které se uskutečňuje, dva jedinci hodnotili negativně příliš edukace a jedné osobě nebylo příjemné časté svědkování, které pak díky dané kvantitě působilo nepřirozeně. Jeden proband upozorňoval na zabývání se historickou scénou ve velké podrobnosti, což jako jediné souviselo spíše s kvalitou než kvantitou poskytovaného zájmu. Právě způsob a tím i kvantita zacházení s historickou scénou se aktuálně mění ve směru její minimalizace. Důvodem tohoto kroku je přesvědčení PBSP autorů, že historická scéna v sobě může nést prvky retraumatizace a té se chtějí autoři vyhnout (Pesso, 2007, Schrenker, 2008).

Bez větších rozdílů v názorech se respondenti stavěli i k otázce, co by uvítali v PBSP terapii. Jedenáct probandů by nic nemělo na současné podobě PBSP, tři jedinci (R1, R6, R13) by měli rádi více času na stavění symbolické scény a jeden proband (R15) přináší ojedinělý pohled na poststrukturální fázi. Uvádí, že by uvítal možnost podrobně hovořit s terapeutem o proběhlé práci a daný zážitek tak znovu ukotvit na kognitivní úrovni.

Klient má možnost sdílet a ptát se, ale model následného verbálního zpracování daného zážitku není oficiálně zakomponován v Pesso Boyden psychomotorickém směru.

C) Popis výsledků z oblasti terapeutické hodnoty PBSP procesu.

Informace o subjektivně prožívané hodnotě PBSP metody jsme na základě získaných odpovědí rozčlenili na dvě kategorie dle časového hlediska: v rámci struktury, v čase po jejím skončení.

TERAPEUTICKÁ HODNOTA PBSP METODY V RÁMCI STRUKTURY= probandi přisuzují největší hodnotu daným oblastem, pro které jsme užili názvy z PBSP teorie:

- Práce s tělově-emočním prožíváním=v rámci PBSP procesu dohází k podpoře tělově-emočního prožívání „*Terapie ve mne oslovila a vyvolala hluboké emoce*“ (R10), abreakci a následné úlevě. „*V terapii jsme pocítila vnitřní uvolnění, které bylo doposud hodně hluboko*“ (R1).
- = Jako významný se ukazuje proces stavění symbolické scény ve směru sycení bazálních potřeb, která nabízí tělově emoční korektivní zkušenost staré historii. „*Tělově emoční prožitek naplnění je pro mne terapeutickou hodnotou PBSP*“ (R4). „*Možnost zažít si věci jinak, tak jak jsem to potřebovala dle svých potřeb a prožívání*“ (R7). „*Zážitek antidota navazuje symbolická scéna v nevídané síle autentičnosti a tím se PBSP liší od jiných terapeutických směrů*“ (R6).
- Terapeutický kontrakt= kontrakt v PBSP je specifický v té záležitosti, že se netvoří dohoda mezi klientem a terapeutem na konkrétní zakázce, ale smlouvou je dobrý konec terapie, jak ilustruje též jeden z pohledů probanda: „*Důraz na léčení a hledání dobrého konce je hodnotou č. 1*“ (R13).
- Sféra možností= terapeutický prostor má umožňovat být jedinci takový, jaký je. Bez ostychu, bez přetvářky, bez strachu z hodnocení, ublížení, s důvěrou ve skupinu, v proces apod. „*Největší přínos je pro mne kombinace hloubky a bezpečí rámci terapie*“ (R11). „*Terapeutickou hodnotu pro mne nese nejvíce důvěra během terapie v proces i ve skupinu*“ (R8). „*V PBSP dochází k absolutnímu přijetí všeho*“ (R12). Součástí formování sféry možností je též vytváření bezpečného prostoru, kde je klient respektován jako lidská bytost. „*Čas a respekt, který cítím během terapie je nejvýraznější hodnota PBSP procesu*“ (R14). Právě trauma a ztráta pocitu bezpečí spolu úzce souvisí, což může vysvětlovat senzitivitu daného výzkumného souboru na danou oblast.

TERAPEUTICKÁ HODNOTA PBSP METODY V ČASE PO STRUKTUŘE

- Emoční oblast= Emoce tvoří dle PBSP jednu z hlavních složek osobnosti vedle těla a kognice. Jak se ukazuje, probandi si nejvíce odnáší sycení tělově-emoční oblasti, nikoli porozumění. „*Nejvýznamnější pro mne byla možnost uchovat si, ale především následná možnost připomenout si po skončení terapie „léčivý zážitek“-antidotum. Ten funguje nejlépe, zvláště když je ten pravý*“ (R5). „*Hodnotou je dlouhý dozvuk štěstí po terapii a možnost užít si*

tento pocit jako kotvu v běžném životě, ale také schopnost napojit se na ten pocit a mít k němu trvale dobrý přístup“ (R12). „Z dlouhodobého hlediska jsem krmen naději a možností cítit se lépe v životě díky zážitkům, které jsem nabral ve struktuře“ (R15). „Po struktuře zůstávají obrazy, které jsou silné a podpůrné“ (R6).

Souhrnně lze říci, že nejvíce zmiňovanou oblastí subjektivně prožívaného přínosu Pesso Boyden psychomotorické terapie je tělově-emoční prožívání jak v rovině přítomnosti, aktuální práce s touto oblastí v rámci terapeutické struktury, tak z dlouhodobého pohledu v podobě důsledků na klientovo prožívání. Přestože se zde neobjevují fenomény edukace, je zřejmé, že i ony jsou neoddělitelnou součástí terapeutického procesu, neboť bez nich by nemohlo dojít k porozumění určitým jevům, což má za následek větší uvěřitelnost symbolické scény a hloubku prožívání.

D) Popis výsledků z oblasti volného sdělení.

Tři základní oblasti zpráv z volného sdělení jsme určili v analýze odpovědí jednotlivých probandů (8). Rozčlenili jsme je do následujících kategorií: subjektivní definice PBSP, efekt PBSP, kritika PBSP.

KATEGORIE SUBJEKTIVNÍ DEFINICE PBSP= protože v žádné dostupné literatuře není uvedena jednotná definice PBSP metody a její charakteristika tkví v různě obsáhlém sdělení daných autorů, je logické, že jedinci mají potřebu stanovit vlastní popis metody. Ten se však netýkal objektivně daného definování psychomotorické terapie, ale zážitkem ovlivněné vymezení PBSP.

„PBSP je silná a zároveň jemná metoda“ (R2). „PBSP metoda kopíruje pohled na svět, který nese víru ve Světlo, které v sobě všichni máme. Víru v to, že je možné žít ve světě, která má jasný řád a logiku a který dává zároveň bezpečí a smysl“ (R5). „Pesso Boyden psychomotorická terapie je jako tanec, při kterém musíme objevit, jak funguje naše tělo, porozumět, co po nás chtějí choreografové a vyjádřit upřímně, co v sobě nyní neseme, aby divák i my samotní mohli cítit, že naše dílo je zdařilé a smysluplné“ (R13).

KATEGORIE EFEKT PBSP= o samotném efektu procesu PBSP bylo mnoho napsáno ve studii, na kterou jsme navazovali první výzkumnou částí. Přesto je zajímavé nahlédnout, zda a jakým konkrétním směrem se lidem změnily jejich životy, prožívání či myšlení po několika strukturách. Probandi se zaměřovali na okamžiky, které jsme rozčlenili do dvou základních podkategorií. Přínos PBSP terapie byl zřetelně zachycen na rovině interpersonálních a intrapersonálních změn, které se vzájemně prolínaly, doplňovaly a podmiňovaly, ale zde je předkládáme v oddělené podobě.

→ Interpersonální změna: člověk vyrůstá především v procesu interakce s jeho okolím a bez vztahování se k druhým lidem a hodnocení vzájemných vztahů by bylo naše sebepoznání omezené, neboť sociální prostředí nám poskytuje nezbytné podněty k vlastnímu rozvoji. *„Po PBSP struktuře se mi změnily mé vztahy s rodiči. Jsou jiné v tom, že neopakují staré mapy“ (R6). „Ve vztahu s mým partnerem jsem schopna dělat*

více kompromisů, neboť jsem pochopila, že za mými emocemi nestojí ani tak partner, jako má stará zranění z minulosti“ (R2). „Když jsme se vracela domů po PBSP struktury, byla jsem více v kontaktu s lidmi, mohla jsem je svobodně oslovovat nebo se na ně jen tak dívat. Nechala jsem ve struktuře moji kuklu a stále se rozvíjí objevená schopnost a možnost, že je mi dobře s lidmi a ne v ulitě“ (R3).

→ Intrapersonální změna: přínos PBSP terapie se neobjevuje pouze ve vztahu s ostatními lidmi, ale především na svém vlastním prožívání, změně myšlení, či vztahu k vlastnímu tělu. Naši probandi si všímali nejčastěji změny v oblasti emoční. *„Cítím, že jsem dostala ve struktuře tolik podpory, kterou nyní mohu konečně opravdově cítit i já. Konečně se mám ráda taková jaká jsem a nemusím se hnát za obrazem toho, jak se mne představovali vlastní rodiče. Je povznášející být svobodným člověkem“ (R11) „Na závěr jsme se chtěla podělit o zážitek, co mi nabídlo Pessoa. Celý život se vyhýbám situacím, které mne mohou emočně rozladit, neboť pak se začínám třást a hluboce plakat, nebo se disociuji. Konečně se mohu pomalu začít přátelit v terapii s mými emocemi, které byly tak dlouho drženy uvnitř.“ „Metoda mi vyhovuje jak v průběhu, tak ve výsledcích. Vždy se cítím spokojená, šťastná a dobře naplněná“ (R12).*

KATEGORIE KRITIKA PBSP= pro někoho by se možná mohlo zdát překvapivé, že zde máme pouze dvě podkategorie oblasti kritiky PBSP a že mezi nimi chybí hodnocení samotného procesu PBSP. Absence dané kategorie je ve shodě s odpověďmi dříve uvedenými v dotazníku, v kterých jsme se mohli dočíst, že struktura má pro probandy aktuálně převažující takovou podobu, kterou by neměnili. Proto tuto kategorii připomínáme, abychom ji měli na paměti a případně se nad ní zamysleli soukromě.

→ Z hlediska systému: tato podskupina značí kritiku systémové části přístupu PBSP, který odpovídá za národní a nadnárodní propojenost Pessoa Boyden psychomotorické terapie. Do roku 2009 nebyl v České republice oficiální Institut PBSP, takže jak pro odborníky, tak pro laickou veřejnost mohlo být obtížné získávat nejružnější informace a odpovědi na své dotazy, ale i pořádat přednáškovou činnost zahraničních lektorů či usilovat o zařazení PBSP mezi státem uznávané psychoterapeutické metody. Jedna účastnice výzkumu říká: *„O PBSP jsme slyšela prvně již v roce 2000 a v roce 2002 jsme se s ní poprvé velice letmo seznámila. Jak jsem však záhy zjistila, další úsilí dosáhnout jakýchkoli poznatků bylo velmi limitované lidmi, publikacemi a chybějícím institutem“ (R14).*

→ Z hlediska osobnosti PBSP terapeuta: je známé, že metoda se ožívuje lidmi, kterou ji provádí. Záleží na každém jedinci, v jaké interakci a jakém kontextu se potká s terapeutem a co si z této interakce přinese jako zprávu do života. *„To, co mi na PBSP nese, není metoda sama o sobě, ale atmosféra jisté „dokonalosti“, „přelomovosti“,*

nadšení a někdy nekritického přijímání a totálního obdivu. To ale nedělá metoda, nýbrž lidé“ (R8).

Volné sdělení využili respondenti jak pro definování PBSP, pro zhodnocení jeho efektu, tak pro případnou kritiku. Kritické hlasy se ozvaly pouze ve dvou případech a domníváme se, že za tímto jevem může být skrytá skutečnost, že pracujeme s výběrovým vzorkem, který si primárně zvolil daný druh terapie a může mu být tedy bližší. V kritickém pohledu může hrát svoji roli také doba trvání kontaktu s danou metodou, protože od fáze nekritického přijímání se přechází do fáze adekvátnějšího pohledu na danou problematiku. Tento náš komentář neslouží jako vědecky podložená interpretace, je spíše představením jedné možné hypotézy skryté za daným jevem.

3. 5. 3 Syntéza výsledků a jejich interpretace

Při analýze transkribovaných přepisů videonahrávek, na kterých je zaznamenán celý terapeutický proces, jsme se nejdříve snažili uchopit významy jednotlivých částí a následně je zařadit do předem definovaných kategorií a provést jejich kvantifikaci. Přestože jsme měli předem určené skupiny, které jsme sytili jednotlivými významovými jednotkami, byli jsme připraveni je rozšířit o další kategorie v případě, že by to situace vyžadovala. K tomuto kroku nedošlo a jiné fenomény se v našem výzkumném materiálu neobjevily.

Výsledky potvrdily, že se veškeré kategorie v daných materiálech vyskytovaly a tím jsme získali i odpověď na výzkumnou otázku, zda se teorie PBSP odráží v její praxi. Informace týkající se poznatků o obsahových a časových proporcích nám nabídly konkrétní data a přinesly představu, jakým způsobem jsou dané fenomény přítomné jak ve struktuře, tak v dalších etapách terapeutického procesu.

Přestože Pesso Boyden psychomotorická terapie poukazuje na významnost propojení tělesné, emoční a kognitivní složky každého z nás, dané tříložkové členění nám nesloužilo jako hlavní vodítko při tvorbě kategorií. Převzali jsme tři základní oblasti z Modelu tří třetin, kde dané postupy práce s traumatizovanými klienty zahrnují práci s emocemi, edukací a zájem o každodenní život. Tento systém pomoci se nehlásí k žádnému konkrétnímu terapeutickému směru, ale opírá se o integrativní myšlenky péče o klienty s traumatickým zraněním ve své historii.

Ačkoli se dané kategorie v PBSP procesu nacházejí, jejich procentuální vymezení neodpovídá třetinovým proporcím výše zmiňovaného modelu. Co mají ovšem dané postupy při léčbě klientů s traumatickým zraněním společné, je jejich zacílení na ustavičné propojování tělově emočního prožívání s kognitivní oblastí u klienta.

V obou našich výzkumných vzorcích se ukázaly shodné výsledky, které vyzdvihují význam práce s emocemi. Vlastní zkušenost klientů říká, že nejhodnotnější prvek v PBSP terapii je stavění symbolické scény a časové charakteristiky ukazují, že práce s antidotární scénou zabírá největší úsek v rámci struktury. Dalším z významných prvků je používání postavy svědka, díky němuž dochází

k rozvoji všímatosti klienta k vlastním tělesným a emočním projevům a k jejich zvědomování a propojování s vlastním životem.

Přestože časově i obsahově se ve velkém procentu objevuje též edukační činnost, klienti ji vnímají jako součást procesu, ale netvoří pro ně základní reflektovanou oblast terapeutického přínosu PBSP. Nejvíce nenápadným fenoménem v rámci terapie se stal zájem o běžný život, jak z hlediska subjektivního prožívání, tak z hlediska obsahového a časového procentuálního vymezení. Abychom se však nenechali zmást pouhými výsledky časové a obsahové charakteristiky, při subjektivních výpovědích se ukázalo, že právě zmiňovaná oblast dlouhodobého efektu PBSP terapie se odráží jednak ve vnitřním prožívání klientů, ale má přesah i do každodenních událostí, vztahů s ostatními lidmi a způsobů komunikace.

Jev, který nebyl v našem výzkumu zjišťován, ale přesto byl implicitně přítomen a tvoří součást struktury, je formování historické scény. V jejím rámci dochází k mapování historie jedince, což je nezbytným krokem pro vytvoření antidotární hojivé scény. Probandi v této souvislosti zmiňují jako jeden z důležitých momentů terapeutické práce tvoření bezpečného prostoru, v PBSP tzv. sféra možností. Domníváme se, že právě v této fázi je bezpečí klienta, jeho důvěra v terapeutický proces, získaná podpora ve vyjadřování a bytí s těžkými emocemi zásadní. Pocit bezpečí musí být zejména v této etapě neustále přítomen, ověřován a rozvíjen, aby se předešlo nebezpečí retraumatizaci klienta, jak o tom hovoří A. Pessoa (Pessoa, 2007?).

Přestože je z teorie známo, že traumatický zážitek může vstoupit do života člověka v takové míře, že některé vnější i vnitřní oblasti zůstávají poznamenávány, subjektivní zážitky lidí v PBSP terapii ukazují na změnu v životě, kdy se snižuje jejich zaplavení emocemi při působení jakéhokoli potencionálního podnětu, vytváří se náhled na situaci, která se stala a jedinci pocítují úlevu a podporu, když jsou schopni si připomenout zážitkovou rovinu antidotární scény v každodenním životě. Člověk tak může vnímat a prožívat sebe sama jako schopného účinněji ovlivňovat vlastní život a mít jej pod kontrolou.

3. 6 Etické problémy výzkumu

Z důvodu používání materiálů ze studie „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“ jsme měli ulehčený proces získávání dat pro náš výzkum, zároveň jsme o to více museli dbát dodržování předem formulovaných pravidel a etických zásad.

Náš výzkumný záměr si vyžadoval komunikaci s A. Pessem, který nám poskytl svolení použít data z této pilotní situace. Jeho souhlasu předcházelo vytvoření dohody s účastníky výzkumu a dohody s M. Vančurou, odpovědnou osobou za adekvátní nakládání s videonahrávkami s respektem k ochraně osobních údajů výzkumných jedinců.

V této souvislosti je možné nalézt v přílohové části diplomové práce informovaný souhlas (viz. příloha č. 2) o pravidlech a nakládání se zapůjčenými videonahrávkami. Ve spojitosti s tímto dokumentem se odvoláváme na nemožnost prezentovat transkribované a přeložené texty v této práci. Pro bližší představu, jak mohou dané transkripce vypadat, jsme začlenili do teoretické části ukázkou komentované fiktivní kazuistiky. Případné videonahrávky je možné získat na základě souhlasu A. Pessa, potvrzující informace o pravdivosti práce s danými daty u M. Vančury či Y. Lucké.

K provedení výzkumu je však nezbytné mít povolení od pořádajících organizací, stejně jako od všech zúčastněných respondentů (obou výzkumných souborů), kteří obdrželi též informovaný souhlas (viz. příloha č. 3, 4) a jejichž podoba je opět součástí příloh práce.

Ačkoli je nám velice blízké pojetí traumatu jako běžné životní zkušenosti, přesto se domníváme, že v daném čase a kontextu není toto vymezení celospolečensky akceptované a traumatická životní historie může i nadále znamenat setkání s hrozivými silami, které lidi na jedné straně ohromuje, na druhé přitahuje a oběti události stigmatizuje. Proto jsme se rozhodli vzhledem k povaze a tématu dané studie vyvarovat se jakýchkoli možných identifikujících údajů, jež by mohly vést k označení výzkumných osob. Z tohoto důvodu se v celé práci neobjeví žádná jména, informace o pohlaví, věku, zaměstnání poskytující vodítka k odhalení určitého životní kontextu a příběhu všech respondentů.

3. 7 Diskuse

V úvodu praktické části diplomové práce byla zmíněna východiska v podobě výzkumu, na který navazujeme. Zároveň byly stanoveny v souladu se zvolenou kvalitativní výzkumnou strategií výzkumné otázky, na které jsme se hledali odpovědi prostřednictvím dvou výzkumných částí.

Kvalitativní postupy vyžadovaly přesný a adekvátní popis dat, kterému předcházela jejich sběr pomocí různých metod. Optimální fixací tohoto informačního materiálu o realitě se nám stal videozáznam, který vyžadoval úpravu pomocí transkripce a překladu a dotazník. Transkribovaná data i data z dotazníku byla následně zpracovávána metodou obsahové analýzy.

Nevýhodou první výzkumné části byl omezený počet přístupných videozáznamů, takže jsme museli s tímto limitem počítat od samého počátku a uzpůsobit mu i výzkumný záměr. Jako nedostatek pilotního výzkumu, na který jsme navazovali, vnímáme absenci poznatků z kontrolní skupiny netraumatizovaných, zdravých lidí, která by mohla přinést další zajímavé informace i pro naše zpracování daných údajů. V průběhu výzkumu nás v této souvislosti napadaly úvahy, jaké časové a obsahové charakteristiky bychom získali z kontrolní skupiny, při práci s různými terapiemi nebo při práci v jiném jazyce?

Při tvorbě výzkumného plánu jsme přemýšleli nad variantou oslovit též PBSP terapeuty pro obohacení a větší komplexnost předkládaných výsledků, zároveň jsme již v začátku výzkumu od této možnosti upustili z časových limitů i z důvodů obtížného kontaktování, dostupnosti a motivování PBSP terapeutů.

Pokud si položíme otázku, s jakou ochotou spolupracovali probandi, můžeme se domnívat na základě 21 získaných odpovědí z 24 zkontaktovaných jedinců, že 87,5 % je celkem vysoké procento pro návratnost dotazníků. Zároveň však musíme zmínit fakt, že pouze 62,5 % (15 osob) splňovalo námi stanovená kritéria. Samozřejmě se za tímto údajem může skrývat jak neochota sdílet dané téma, tak odraz reality, že ne všichni jedinci musí mít a mají zkušenost s traumatem. V rámci prvního výzkumného souboru bylo osloveno pět účastníků a všech pět dalo svolení s použitím videonahrávek v rámci výzkumu.

Za motivaci účastníků participovat na našem výzkumu stály dle našeho názoru dvě různé skutečnosti. Se stoprocentně souhlasnou odpovědí u prvního výzkumného souboru může souviset jednak s použitím dat z pilotní studie, kdy probandi nemuseli vykonávat další aktivitu, a také doporučení A. Pessa, M. Vančury či Y. Lucké pro uskutečnění našeho výzkumného záměru. Naopak u druhého výzkumného vzorku mohla hrát daleko větší roli reciprocita vzájemných zisků mezi výzkumníkem a zkoumanými jedinci. Všem respondentům z obou výzkumných souborů bylo přislíbeno představení výsledků výzkumu a poskytnutí celé diplomové práce, v které mohou nalézt uceleně zpracované oblasti PBSP teorie i teorie traumatu. Tento návrh však může být daleko přínosnější pro lidi, které se v dané metodě vzdělávají, než pro laickou veřejnost, která nemusí mít tak velký zájem o danou zkoumanou oblast.

Po výběru probandů jsme mohli přejít ke sběru dat, v rámci něhož jsme byli nuceni změnit předem stanovený výzkumný design. Metodu polostrukturovaného rozhovoru jsme nahradili metodou sběru dat prostřednictvím dotazníku. Důvodem byly především časové a finanční momenty, které stály za tímto rozhodnutím. Přestože původně bylo zamýšleno provádět rozhovory s probandy v době konání PBSP výcviku v Praze, tato varianta se nepodařila zrealizovat díky časovým překážkám. Otevřenou otázkou zůstává, zda by tato forma sběru dat přinesla více rozdílnější výsledky a zda by se podařilo vést rozhovory alespoň do takové hloubky a intimity, jako se tomu dělo v dotaznících.

Po celou dobu práce s daty jsme si byli vědomi jejich redukce a zároveň požadavku, že v daném procesu nesmíme data zbavit jejich kontextu. Abychom co nejvíce minimalizovali jejich ztrátu a zkreslení, transkripci, překlad i analýzu dat jsme prováděli dvakrát po sobě s porovnáním rozdílnosti výsledků, což mělo velké nároky na náš čas. Napomáhali jsme si však zobrazením dat pomocí tabulek a vnášeli tak do daného materiálu strukturu pomocí barevného označování, grafické úpravy, poznámek v tabulce při procesu analyzování.

Navrhnutí tabulky jako šablony pro transkripci textu se zprvu zdálo jako jednoduchý úkol, s rozhodnutím využít dané grafické uspořádání dat i pro následnou identifikaci témat a konceptů dle kategorií nás však přinutilo tabulku rozšířit o další políčka nezbytná pro označení. Pouze tak jsme se mohli přiblížit ke zkoumaným oblastem.

Při zpracování dat z obou druhů zdrojů jsme používali různé způsoby vytváření kategorizačních schémat používaných při analýze pomocí kódování. Data z videonahrávky jsme analyzovali na základě předem daných typů kategorií narozdíl od zpracování dotazníků, při nichž jsme vytvářeli kategorie in vivo, tedy až při setkání s nimi.

Kategorie pro analýzu a popis transkribovaného materiálu jsme převzali z Modelu tří třetin, dle kterého se pracuje s traumatizovanými jedinci prostřednictvím edukace, zaměřením se na emoce a na oblast běžného života. Následně jsme tyto skupiny obsadili vyabstrahovanými prvky z PBSP teorie, které dané kategorie sytí. Aby jsme postihli veškeré fenomény a předešli od samého počátku chybným úvahám, neboť k tomuto procesu byla nutná hluboká znalost PBSP teorie i PBSP procesu, ke kontrole jejich adekvátního zařazení jsme využívali rozhovory s PBSP terapeutkou Y. Luckou. I přes to jsme zůstávali otevřeni možnosti, že by se mohly vyskytnout prvky, které jsme do daných oblastí nezahrnuli, a přesto by splňovaly jejich kritéria. Jak se však ukázalo, naše kategoriální schémata nebyla rozšířena o žádné potencionální subkategorie.

Jak bylo řečeno, určité položky z dotazníků byly podrobeny taktéž obsahové analýze, a právě při zpracování otevřených dotazníkových otázek by mohly vyvstat námitky. J. Hendl v této souvislosti upozorňuje na nevhodnost metodologické transgrese, která dle něho v dané aplikaci může porušovat filozofii i metodologii zakotvené teorie (Hendl, 2008). Námi zvolený metodologický postup se nám však i přes dané námitky jevil jako nejvhodnější způsob vyhodnocení otevřených otázek, které se zaměřovaly především na subjektivní zkušenost probandů

a které vzešly z předvýzkumné části polostrukturovaného rozhovoru. Navíc naše metodologické strategie měly záměr triangulační (potvrzování výsledků jinými metodami) a expanzivní (snaha o širší záběr a rozsah studie použitím různých metod).

Jak se při analýze ukázalo, nebylo možné ke všem otevřeným otázkám v dotazníku dle původního záměru vytvořit kategorie a podkategorie, neboť odpovědi probandů byly shodné a nešly velkou informační hodnotu. Dalším problémem úzce souvisejícím s kvalitou odpovědí by se mohla jevit skutečnost, že výzkumný vzorek tvořený z frekventantů výcviků PBSP byl nesrovnatelný s běžnou populací v míře edukace, věkovém složení, charakteristikách vzdělání apod. Naším záměrem nebylo daný výzkumný soubor představovat jako reprezentativní z hlediska populačních charakteristik, domníváme se však, že výzkumný vzorek II byl srovnatelný se vzorkem z pilotní studie J. Horáčka v oblasti edukace. Míra edukace frekventantů výcviku se nelišila od míry informovanosti u běžných klientů, neboť první dva roky výcviku jsou zaměřeny na jejich klientskou zkušenost a až následně přichází edukace a supervize. Díky této skutečnosti jej bylo možné užít jako adekvátní zdroj informací místo fyzicky nedostupných respondentů z česko-amerického výzkumu.

Výsledky našeho výzkumu představily časové a obsahové proporce určitých jevů, jež nebyly doposud z daného úhlu zmapovány. Při porovnání těchto poznatků s Modelem tří třetin zjistíme, že proces edukace a práce s emocemi se vyskytují přibližně stejnou měrou 39 %, avšak zájem o každodenní život je přítomen pouze ve 2 %. Zbýlá část terapeutického procesu náleží práci se starou historií. Přestože nedošlo k překrytí daných modelů, neznačí tato skutečnost jejich neefektivitu. Naopak dle našeho názoru podtrhuje toto zjištění význam různorodých možností péče o traumatizované klienty, které se mohou vzájemně prolínat a doplňovat a jejich společným cílem je propojování kognitivní oblasti s tělově emočním prožíváním. Nové poznatky mohou dále nabízet vzájemnou inspiraci svých efektivních prvků a varovat před limity, které sami objevili. V neposlední řadě mohou informovat širokou laickou i odbornou veřejnost o konkrétních způsobech péče s lidmi s traumatickou historií a napomáhat tak adekvátní volbě terapeutické péče.

Cílem druhé výzkumné části byla ilustrace pilotní česko-americké studie subjektivní zkušeností probandů, neboť výzkum o pozitivním efektu PBSP terapie v rámci krátkodobé intervence nenese bližší údaje o subjektivním prožívání respondentů a jejich hodnocení určitých fenoménů známých z teorie Pesso Boyden psychomotorické terapie. Výsledky z analýzy dotazníků poukazují především na informace z emočně tělové oblasti. Z výpovědí je zároveň zřejmé, že oblast edukace a nabízeného porozumění určitým jevům je implicitně přítomná a je dobře zakomponovaným prvkem, který nezpůsobuje mnoho obtíží a nepoutá tím pádem na sebe tolik pozornosti.

Obě části výzkumu shodně upozornily na nejvýznamnější fenomén pro práci s emocemi, jímž je postava svědka z procesu microtrackingu a stavění symbolické scény. Vnímání subjektivního působení a efektu těchto prvků korespondovalo s jejich psychologickou charakteristikou známou z PBSP teorie. Při bližším zkoumání se ukázalo, že psychoterapeutický efekt je nejvíce vnímán

skrz emoční korektivní zkušenost v rámci antidotární scény jak v rámci struktury, tak z dlouhodobého pohledu po skončení terapeutické práce. Tímto svým vyjádřením o dlouhodobém efektu struktury přispívají dané výsledky k teorii formování nové syntetické paměti a vytváření nových mentálních map.

Jsme si vědomi limitů našeho výzkumu a skutečnosti, že výsledky obou rovin výzkumu nepodávají komplexní a holistický obraz o dané problematice. Chybí zde pohled samotných terapeutů, pilotní studie nemluví o výsledcích z kontrolní skupiny, počet výzkumných objektů je nízký. K uvedeným závěrům je třeba přistupovat s určitou mírou obezřetnosti vzhledem k výzkumným vzorkům, které tvořilo 5 a 15 proband a, jejichž výběr se zakládal na potřebách praxe s co nejpřesnějším ohledem na stanovená kritéria. Na základě těchto omezení nelze závěry, které jsme učinili, zobecňovat. Předpokládáme však, že pokud zohledníme výše zmíněné skutečnosti, lze výsledky použít jako podnět bádání v mnohých oblastech.

Domníváme se, že praktická část diplomové práce i přes výše zmíněné limity obsahuje podstatné množství informací a dat, které by mohly posloužit jako inspirace pro jiné terapeutické modely při práci s traumatizovanými jedinci i jako zdroj k zamyšlení nebo další výzkumné studii.

Jako výzva pro další zkoumání zůstává pokusit se zmapovat do větší hloubky a šířky oblast terapeutického procesu psychomotorické terapie, která by mohla posloužit jak pro zkvalitnění edukačního procesu budoucích PBSP terapeutů tak pro důkladné pochopení psychologických fenoménů. Zajímavé by mohlo být též pátrat po specifikách práce s traumatizovanými klienty ve spojitosti s dalšími koncepcemi a modely, které by se mohly vzájemně porovnávat jak v procesu, tak ve výsledku s využitím kazuistického přístupu, rozhovorů, ale kvantitativní metodologie. Ani oblast subjektivní zkušenosti a vnímané efektivity daného terapeutického směru se nejeví jako vyčerpaný bod zájmu odborníků. Možností a výzev pro další práci na vědeckém poli tak zůstává celá řada.

ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce patří svým zaměřením mezi mapující studie, které přináší informace o relativně mladém, v Čechách se pomalu rozšiřujícím psychoterapeutickém směru Pesso Boyden psychomotorické terapie. Cílem diplomové práce však nebyla pouhá prezentace této na tělo zaměřené formy psychoterapie, ale přiblížení PBSP metody odbornému světu skrz její psychologickou charakteristiku ve spojitosti s péčí o traumatizované klienty. Představení nových oblastí v psychoterapii sebou nese nutnost neopomenout základní styčné myšlenky teorie, bez kterých by nebyla metoda komplexní, a tato skutečnost se může odrážet na délce práce, jak se ukazuje v daném případě.

Předpokladem pro porozumění aplikačnímu rámci PBSP metody je nezbytné uvedení do jejího teoretického zázemí, kterému jsem se věnovala jak z pohledu obecně psychologických témat, tak z oblasti vývoje jedince. Z pohledu psychomotorické terapie jsem podrobně nastínila psychologické pojetí emocí, motivace, či struktury osobnosti, ale i optimální, deficitní či traumatické syčení bazálních vývojových potřeb odpovídajících za kvalitu vývoje jedince. Součástí představované teorie bylo též podrobné zachycení psychologického profilu psychoterapeutického procesu PBSP ve dvou časových rovinách a definování specifických pojmů vyskytujících se v rámci PBSP, jako např. historická a symbolická scéna, sféra možností, postava svědka a hlasů, microtracking, bookmark, placeholder či antidotum.

Se stejnou důsledností jsem se zabývala vedle Pesso Boyden psychomotorické terapie též oblastí traumatu, jeho genezi, symptomatologickému obrazu, posttraumatické stresové poruše (PTSD) a především rozmanitým možnostem léčby traumatizovaných klientů. V této kapitole upozorňuji na skutečnost, že traumatická událost nemusí mít na člověka pouze negativní dopad, ale za určitých podmínek může přinést i pozitivní změny osobnosti v podobě fenoménu posttraumatického růstu, jenž náleží koncepci pozitivní psychologie.

Myšlenkové propojení obou kapitol teoretické části nabízí fiktivní kazuistika analyzující krok za krokem psychoterapeutickou práci s klientkou, která prožila v sedmi letech traumatický zážitek při náhlém úmrtí své sestry. Zároveň nám tato případová studie slouží jako ukázka pro vytvoření si bližší představy o podobě transkripce videonahrávek, které byly analyzovány v praktické části diplomové práce a které nemohly být z etických důvodů připojeny ve formě příloh.

Hlavním cílem praktické části bylo zmapování obsahových a časových proporcí vybraných PBSP fenoménů a zjištění subjektivního pohledu klientů na dané jevy. Dílčí výzkumné otázky zjišťovaly, zda a jakým způsobem se teorie Pesso Boyden psychomotorické terapie odráží v praxi, ale též co je vnímanou hodnotou terapeutického procesu PBSP z pohledu klientů PBSP. K tomuto výzkumnému záměru jsem se přiblížila metodou analýzy transkripce videonahrávek, kvantifikací zjištěných údajů a analytickým zpracováním dotazníku. Data pocházela ze dvou výzkumných souborů.

V diskusní části jsem se snažila důkladně rozpracovat možnosti a limity mnou sestaveného výzkumného designu, podívat se znovu na jeho proces a na dosažené výsledky, které dle mého názoru naplňují výzkumné cíle a shromažďují řadu zajímavých poznatků. Zobrazují do té doby nezmapované charakteristiky procesu psychomotorické terapie při práci s traumatickými klienty a sdílí se čtenáři subjektivní zkušenosti klientů, kteří vyzdvihují na PBSP metodě především korektivně emoční zážitek a práci s emocemi obecně. Na závěr jsem se věnovala výzvám pro další vědeckou činnost a možným podnětům zkoumání.

V rámci psaní diplomové práce jsem přislíbila poskytnout PBSP terapeutům stejně jako probandům výzkumu (z odborného hlediska zkontrolovaný) text diplomové práce k jejich vlastnímu užití. Ráda bych i nadále rozvíjela svůj zájem o dané oblasti v praxi s traumatizovanými lidmi a nasbírané informace začlenila a zužitkovala v dalších výzkumných aktivitách či v rámci přednáškové činnosti.

Zpracovávané téma Možnosti a meze Pesso Boyden psychomotorické terapie při práci s traumatizovanými klienty ve mne zanechává otisk starého čínského pořekadla, které mluví o svobodě volby zacházet s různými možnostmi a výzvami při setkání tváří v tvář s rozmanitými situacemi.

„Když vane vítr změny, někteří lidé postaví zed' a jiní větrný mlýn“.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ODBORNÝCH PRAMENŮ

- ALLPORT, G.W. (1966). *Geneze osobnosti*. 1. vyd. Praha: Krajský pedagogický ústav, 1966. 83 s.
- ALLPORT, G.W. (1960). *Personality : a psychological interpretation*. 1st. ed. New York : Holt, 1960. pp. 12-48.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000. pp. 429-484. ISBN 0-89042-025-4.
- ANDRLOVÁ, M. (2005). *Současné směry v české psychoterapii: rozhovory s významnými psychoterapeuty*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 220 s. ISBN 80-7254-603-1.
- BACHG, M. (2004). Microtracking in der Pesso-therapie. *Psychotherapie*. 2004, Nr. 2, Jg 2. s. 283-293.
- BALCAR, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. 2. vyd. Chrudim: Mach, 1991. 217 s.
- BALDWIN, D. (2010). About trauma. [online]. 2010 [cit. 2010-2-1]. Přístupné z WWW: <http://www.trauma-pages.com/trauma.php/>.
- BANDURA, A. (1965). *Social learning and personality development*. 1st ed. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1965. 329 p.
- BOWLBY, J. (1997). *Attachment and loss*. 1st ed. London: Pimlico, 1997. 425 p. ISBN 0-7126-7471-3.
- BOWLBY, J., AINSWOTRH, M. D. S. (1965). *Child care and the growth of love*. 2nd ed. Baltimore: Penguin Books, 1965. 254 p.
- BOYDEN, D. (1987). Diane Boyden-Pesso on PBSP technique. [online]. 1987 [cit. 2010-2-11]. Přístupné z WWW: <http://www.pbbsp.com/books&articles/DPB/dionpbbsp.htm/>.
- BOYDEN, D., PESSO, D., VRTBOVSKÁ, P. (2009). *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP) jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. 1. vyd. Tišnov: SCAN, 2009. 210 s. ISBN 80-86620-15-8.
- BREMNER, J. D. (1999). Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder : a positron emission tomography study. *Biol Psychiatry*. 1999, no. 45, pp. 806–816.
- BRETHERTON, I., MUNHOLLAND, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationship : a construct of revisited. In J. Cassidy, P. R. Shaver (eds). *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press, 1999, pp. 89-114. ISBN 1-57230-826-5.
- BURTON, K. B. (2004). Resilience in the face of psychological trauma. *Psychiatry*. 2004, vol. 67, no. 3. pp. 231-234.

- CLARKE, C. L., CHAVES, D. (1991). Using psychomotor in private practice with individual clients. In A. Pessó, J. Crandell (eds.). *Moving psychotherapy*. 1st ed. Cambridge: Brookline Books, 1991, 18. chapter, pp. 219-232. ISBN 0-914797-72-7.
- CLEMANS, S. E. (2008). Trauma and group work : thoughts on delicate practice. *Journal of jewish communal service*. 2008, vol. 83, no. 2/3, pp. 238-242.
- COOK, J. M., SCHNURR, P. P., FOA, E. B. (2004). Bridging the gap between post-traumatic stress disorder research and clinical practise : the example of exposure therapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*. 2004, vol. 41, no. 4, pp. 374-387.
- CRANDELL, J., PESSO, A. (1991). *Moving psychotherapy. Theory and application of Pessó System/Psychomotor Therapy*. 1st ed. Cambridge: Brookline Books, 1991. 306 p. ISBN 0-914797-72-7.
- ČERMÁK, I., ŠTĚPANÍKOVÁ, I. (1998). Metody kontroly validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie*. 1998, roč. 1, č. 42, s. 50-62.
- DAMASIO, A. R. (2004). *Der Spinoza-effekt*. 1. Aufl. München: List Verlag, 2004. 292 s. ISBN 3548604943.
- DAMASIO, A. R. (2000). *Descartův omyl: emoce, rozum a lidský mozek*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000. 259 s. ISBN 80-204-0844-4.
- DARWIN, CH. (2001). *O původu člověka*. 2. vyd. Praha: Academia, 2001. 357 s. ISBN 80-200-1423-3.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR BODY – PSYCHOTHERAPY. (2010). What is Body-psychotherapy? [online]. 2010 [cit. 2010-2-11]. Přístupné z WWW: <http://www.eabp.org/>.
- ERIKSON, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. 1. vyd. Praha: Argo, 2002. 175 s. ISBN 80-7203-380-8.
- EYSENCK, H. J. (1961). *Dimensions of personality*. 5th ed. London: Routledge & Kegan Paul, 1961, 1. chapter, pp. 1-32.
- FEISS, G. J. (1979). *Mind therapies, body therapies*. 1st ed. Millbrae: Celestial Art, 1979. 159 p. ISBN 0-89087-247-3.
- FINE, C. G. (1991). Treatment stabilization and crisis intervention : pacing the therapy of the multiple personality disorder patient. *Psychiatric clinics of North America*. 1991, vol. 14, no. 3, pp. 661-675.
- FISCHER-BARTELMANN, B. (2005). Einführung in die Pessó-Therapie. In K. D. S. Sulz, L. Schrenker, Ch. Schricker (eds.). *Die psychotherapie entdeckt den körper*. München: CIP Medien, 2005, s. 277-301. ISBN 978-3-932096-38-X.
- FISCHER-BARTELMANN, B., ROTH-BILZ, H. (2004). Holes in roles : Löcher im Rollengefüge der Familie. *Pessó bulletin*. 2004, Nr. 11, s. 3-11.
- FISCHER-BARTELMANN, B. (2004). Pessó-therapie in brain-scans. *Pessó bulletin*. 2004, Nr. 10, 2 s.

- FISCHER-BARTELMANN, B. (2010a). Pesso-Therapie (Pesso Boyden System Psychomotor-PBSP): In: Konferenzmappe Symposion "Gehirn und Körper" Heidelberg März 2008. [online]. 2010 [cit. 2010-2-11]. Přístupné z WWW: <http://www.fischer-bartelmann.privat.t-online.de/Texte/Konferenzmappe%20Symposion%20Gehirn%20und%20Koerper%20Beitrag%20Fischer-Bartelmann.pdf/>>.
- FISCHER-BARTELMANN, B. (2006). Pesso-Therapie und systemic therapy. *Psychotherapie*. 2006, Nr. 11, Jg. 1, s. 97-110.
- FISCHER-BARTELMANN, B. (2010b). Umgang mit widerstand in der Pesso-Therapy. [online]. 2010 [cit. 2010-2-11]. Přístupné z WWW: <http://www.fischer-bartelmann.de/Texte/Widerstand%20in%20der%20Pesso-Therapie.html/>>.
- FRANKL, V. E. (2006). *Vůle ke smyslu : vybrané přednášky o logoterapii*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. 212 s. ISBN 80-7295-084-3.
- FREUD, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-084-4.
- FREUD, S. (1991). *Přednášky k Úvodu do psychoanalýzy*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1991. 464 s. ISBN 80-201-0225-6.
- FREUD, S. (1960). *The Ego and The Id*. 1st ed. New York: Norton, 1960. pp. 16-25.
- FREWEN, P. A., AT AL. (2008). Clinical and neural correlates of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal psychology*. 2008, vol. 117, no. 1, pp. 171-181.
- GAVORA, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- GLENN, M. , JAFFE, J., SEGAL, J. (2005). Emotional and psychological trauma : causes and effects, symptoms and treatment. [online]. 2005 [cit. 2009-12-11]. Přístupné z WWW: http://www.traumaresources.org/emotional_trauma_overview.htm/>.
- GRENCAVAGE, L. M., NORCROSS, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional psychology : research and practise*. 1990, vol. 21, pp. 372-378.
- HÁJEK, K. (2006). *Práce s emocemi v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 104 s. ISBN 978-80-7367-346-8
- HALL, C. S., LINDZEY, G. (1999). *Psychológia osobnosti*. 2. vyd. Bratislava: SPN, 1999. 510 s. ISBN 80-08-03001-1.
- HENDL, J. (2008). *Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HERMAN, J. L. (2001). *Trauma a uzdravenie. Násilie a jeho následky-od týrania v súkromí po politický teror*. 1. vyd. Bratislava: Aspekt, 2001. 338 s. ISBN 80-85549-24-7.

- HOFMAN, M. (2007). *Trauma a jeho léčba v psychoterapeutických přístupech zaměřených na tělo*. Brno: Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie, 2007. 124 s. Vedoucí diplomové práce. MUDr. Jan Roubal.
- HORÁČEK, J. ET AL. (2005). The Effect of two sessions of PBSP psychotherapy on brain activation in response to trauma-related stimuli the pilot fMRI in traumatized persons. *Psychiatrie*. 2005, roč. 9, č. 3, s. 85-90.
- HORNEY, K. (2007). *Neurotická osobnost naší doby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 182 s. ISBN 978-80-7367-219-5.
- HOROWITZ, M. (2001). *Stress Response Syndromes : Personality styles and interventions*. 4th ed. New Jersey: Jason Aronson, 2001. 451 p. ISBN 978-0765703132.
- HOWE, L. (1991). Origins and history of Pesso System/Psychomotor Therapy. In A. Pesso, J. Crandell (eds.). *Moving psychotherapy*. 1st ed. Cambridge: Brookline Books, 1991, 1. chapter. pp. 3-31. ISBN 0-914797-72-7.
- HULL, A. M. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2002, no. 181, pp. 102-110.
- HYER, L., BRANDSMA, J. M. (1997). EMDR minus eye movements equals good psychotherapy. *Journal of Traumatic Stress*. 1997, vol. 10, pp. 515-522.
- JANOUŠEK, J. (1986). *Metody sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1986. 256 s.
- JONES, J. L. (2008). Freak out or melt down : teen responses to trauma and depression. *Young adult library services*. 2008, vol. 21, no. 1, pp. 85-97.
- JUNG, C. G. (1994). *Duše moderního člověka*. 1. vyd. Brno: Atlantis, 1994. 380 s. ISBN 80-7108-087-X.
- KANSTEINER, W. (2004). Testing the limits of trauma : the long-term psychological effects of the holocaust on individuals and collectives. *History of the human science*. 2004, vol. 17, no. 2, pp. 97-133.
- KELEMAN, S. (2005). *Anatomie lásky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 216 s. ISBN 80-7178-836-8
- KISIEL, C., ET AL.(2006). Evaluation of a Theater-Based Youth Violence Prevention Program for Elementary School Children. *Journal of School Violence*. 2006. vol. 5, no. 2. pp. 19-36.
- KNEIP, U. W. H. (2005). Pesso Boyden system psychomotor in der Einzeltherapie. In K. D. S. Sulz, L. Schrenker, Ch. Schricker (eds.). *Die psychotherapie entdeckt den körper*. München: CIP Medien, 2005. 26 p . ISBN 978-3-932096-38-X.
- KOEMEDA-LUTZ, M., ET AL. (2006). Evaluation of the Effectiveness of Body Psychotherapy in Outpatient Settings (EEBP) : a multi-centre study in Germany and Switzerland. *Psychoter Psych Med*. 2006, no. 56, pp. 480-487.
- KOPŘIVA, K. (1994). *Lidský vztah jako součást profese: psychologické minimum pro pracovníky sociální péče*. 1. vyd. Praha: Hestia, 1994. 40 s.

- KOSSLYN, S. M. (1980). *Image and mind*. 1. ed. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1980, 2. chapter, pp. 11-28. ISBN 0-674-44366-7.
- KRATOCHVÍL, S. (1997). *Základy psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1997. 392 s. ISBN 80-7187-179-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2001). *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- KULÍSEK, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie*. 2000, roč. 44, č. 5. s. 404-423.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. (1998). *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.
- LEIX, A. (2003). K problematice transkriptu ve společenských vědách. *Biograf*. Roč, 32, č. 11, s. 69-84.
- LEVIN, P. A. (2003). Common responses to trauma-and coping strategies. [online]. 2003 [cit. 2009-12-2]. Přístupné z WWW. : <http://www.drpatilevin.com/educational/trauma_response.pdf>.
- LEVIN, P. A. (2009). Nature's lessons in healing trauma. [online]. 2009 [cit. 2010-12-2]. Přístupné z WWW.:<http://www.traumahealing.com/somatic-experiencing/art_childhood.html>.
- LEVIN, P. A. (2002). *Prebúdzanie tигра : liečenie traumy*. 1. vyd. Praha: Familia, 2002. 232 s. ISBN 8096796437.
- LIBERZON, I., ET AL. (1999). Brain activation in PTSD in response to trauma-related stimuli. *Biol Psychiatry*. 1999, no. 45, pp. 817-826.
- LINLEY, P. A., JOSEPH, S. (2004). Positive change following trauma and adversity : a review. *Journal of traumatic stress*. 2004, vol.17, no.1, pp. 11-21.
- LOWEN, A. (2009). *Bioenergetika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 273 s. ISBN 978-80-7367-189-1.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2003a). Jak hojit staré rány. *Děti a my*. 2003, roč. 32, č. 2, s. 30-32.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2004a). O potřebě bezpečí. *Děti a my*. 2004, roč. 33, č. 2, s. 30-32.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2004b). O potřebě limitu. *Děti a my*. 2004, roč. 33, č. 3, s. 33-35.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2003b). O potřebě místa. *Děti a my*. 2003, roč. 32, č. 4, s. 32-34.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2004c). O potřebě péče. *Děti a my*. 2004, roč. 33, č. 1, s. 31-33.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2003c). O potřebě podpory. *Děti a my*. 2003, roč. 32, č. 5, s. 34-36.
- MAHLEROVÁ, M. S., PINE, F., BERGMANOVÁ, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. 1. vyd. Praha: Trizton, 2006. 375 s. ISBN 80-7254-722-4.
- MARADA, R. (2007). Paměť, trauma, generace. *Sociální studia*. 2007, č. 1-2, s. 79-95.
- MAREŠ, J. (2008). Posttraumatický rozvoj : nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie*. 2008, roč. 52, č. 6, s. 567- 583.
- MARGOLIN, J. (2008). What's New in interpersonal trauma treatment? *New Jersey psychologist*. 2008, vol. 58, no. 2, pp. 30-31, no. 3, pp. 26-27.

- MARMAR, C. R., WEISS, D. S., PYNOOS, R. S. (1995). Dynamic psychotherapy of post-traumatic stress disorder. In M. J. Friedman, D. S. Charney, A. Y. Deutsch (eds). *Neurobiological and clinical consequences of stress : from normal adaptation to post traumatic stress disorder*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995. pp. 495-506. ISBN 978-0781701778.
- MASLOW, A. H. (1987). *Motivation and personality*. 3rd ed. London: Harper Collins publishers. 1987, 293 s. ISBN 978-0060419875.
- MATĚJČEK, Z. (2005). *Výbor z díla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 445 s. ISBN 80-246-1056-6.
- MAYRING, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung : eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5. Aufl. Berlin: Beltz. 2002, 180 s. ISBN 978-3407252524.
- MERWIN, M., SMITH-KURZ, B. (1988). Healing of the whole person. In F. Ochberg. (ed.). *Post-traumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/ Mazel, 1988, 4. chapter. pp. 55-82. ISBN 0-87630-490-0.
- MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ a PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ : MKN-10. (2008). 2. vyd. Praha : ÚZIS, 2008, 5. kapitola. s. 185-252. ISBN 978 80-904259-0-3.
- MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MIKŠÍK, O. (2003). *Psychologická charakteristika osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0240-7.
- MITCHELL, S. A., BLACKOVÁ, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi : dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 312 s. ISBN 80-7254-029-7.
- MITTENDORFER, M. (2009). Pesso therapie. [online]. 2009 [cit. 2009-09-12]. Přístupné z WWW:<http://www.koerpertherapievorarlberg.at/ber_Psychotherapie/Pesso_Therapie.htm/>.
- MOLLICA, R. F. (1988). The Trauma story : the psychiatric care of refugee survivors of violence of torture. In F. Ochberg. (ed.). *Post-traumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/ Mazel, 1988, 14. chapter. pp. 295-314. ISBN 0-87630-490-0.
- MORENO, J. J. (2005). *Rozehrát svou vnitřní hudbu : muzikoterapie a psychodrama*. 1. vyd Praha: Portál, 2005. 127 s. ISBN 80-7178-980-1.
- MOOS, P. (2009). Pětiletý integrativní experiment ve skupinové psychoterapii. *Psychoterapie*, 2009, roč. 3, č. 2, s. 121-125.
- MOSCOVICI, S. (2001). *Social representations : Essays in social psychology*. 2nd ed. New York: NU Press, 2001. 313 p. ISBN 978-0814756300.
- MURRAY, H. A., MC ADAMS, D. (2007). *Explorations in personality*. 70th ed. Oxford: Oxford University press, 2007. 816 p. ISBN 978-0195305067.
- NAKONEČNÝ, M. (1997a). *Encyklopedie obecné psychologie*. 1. vyd Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.

- NAKONEČNÝ, M. (1995). *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Vodnář, 1995. 397 s. ISBN 80-85255-74-X.
- NAKONEČNÝ, M. (1997b). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1997. 336 s. ISBN 80-200-0525-0.
- NAKONEČNÝ, M. (1998). *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
- OGDEN, P. M. A., MINTON, K. (2000). Senzomotor psychotherapy : one method for processing traumatic memory. *Traumatology*. 2000, vol. 6, no. 3, pp. 23-25.
- OCHBERG, F. M. (1991). Psychotherapy with victims. *Psychotherapy*. 1991, vol. 28, no. 1, pp. 31-36.
- ORTONY, A., TURNER, T. J. (1990). What's basic about basic emotions? *Psychological Review*. 1990, vol. 97, no. 3, pp. 315.
- PARROT, W. G. (2001). *Emotions in social psychology*. 3rd. ed. Philadelphia: Psychology Press, 2001. pp. 1-35. ISBN 0-86377-682-5.
- PAVLICA, K., ET AL. (2000). *Sociální výzkum, podnik a management : průvodce manažera v oblasti výzkumu hospodářských organizací*. 1. vyd. Praha. Ekopress, 2000. 161 s. ISBN 80-86119-25-4.
- PEARSON, A. C. [200?], *Trauma, attachment, the brain and Pesso Boyden system psychomotor treatment : a literature review*. Trinity: Trinity college of graduates studies, [200?]. 80 p. Dissertation.
- PERLS, F. S. (2004). *Gestalt terapie : vzrušení lidské osobnosti a jej růst*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 491 s. ISBN 80-7254-507-8.
- PERQUIN, L. (1997). A specialization in Psychotherapy. In A. Pesso, L. Perquin (eds.). *Capita selecta Pesso Boyden system psychomotor therapy*. Amsterdam: [S. N], 1997. 9 s.
- PERQUIN, L. (2008). De Pesso-psychotherapie en de neurowetenschappen. [online]. 2008 [cit. 2009-7-22]. Přístupné z WWW: <http://www.pesso.nl/artikelen/pessoneurotherapie.htm/>.
- PERQUIN, L. (2010). Die psychotherapie nach Albert Pesso (PBSP). [online]. 2010 [cit. 2010-17-2]. Přístupné z WWW: http://www.pesso.nl/artikelen/Art-Lowijs_de.pdf/.
- PERQUIN, L. (2006). Grafik zum Ablauf einer Struktur. [online]. 2006 [cit. 2009-17-12]. Přístupné z WWW: <http://www.pesso-therapie.de/html/struktur-grafik.htmlf/>.
- PERQUIN, L. (2004). Neuroscience and its significance for psychotherapy. *European psychotherapy*. 2004, vol. 5, no. 1, pp. 1-18.
- PERQUIN, L., REHWINKEL, P. (1999). Pesso-psychotherapie. Een lichaamsgerichte psychotherapeutische methode. *Handboek Groepspsychotherapie*. 1999, vol. 4, pp. 1-37.
- PERQUIN, L. (1994). Transference and countertransference as a vital therapeutic tool in PBSP : 2nd International conference on PBSP in Atlanta. [s. l.]: [s. n.], 1994. 9 s.

- PESSO, A. (1991). Abuse. In A. PESSO, J. Crandell (eds.). *Moving psychotherapy. Theory and application of PESSO System psychomotor therapy*. 1st ed. Cambridge: Brookline Books, 1991, 14. chapter. pp. 169-187. ISBN 0-914797-72-7.
- PESSO, A. (1990a). Center of truth, true scene and pilot in PESSO Boyden system psychomotor. *Pesso bulletin*. 1990, Nr. 6, Jg. 2, s. 13-21.
- PESSO, A. (2005). Description of PBSP process in preparation for Prague research paper. [online]. 2005 [cit. 2009-08-12]. Přístupné z WWW: <http://www.pbbsp.com/research/Prague/AIResPrep.htm/>.
- PESSO, A. (1988). Ego development and the body. *Bewegen en Hulpverlening*. 1988, Nr. 5, Jg. 88, s. 239-248.
- PESSO, A. (2003). Holes in roles : Article by Albert PESSO for the Workshop holes in Roles. [online]. 2003 [cit. 2009-12-14]. Přístupné z WWW: http://www.pbbsp.com/training/holes_in_roles1.htm />.
- PESSO, A. (1994). Introduction to PESSO Boyden system psychomotor. 1.ed. Franklin: PBSP Press, 1994. 217 s.
- PESSO, A. (2009a). *Introduction to PBSP : open workshop PBSP in Freiburg*. [DVD-ROM]. Praha: Diabasis. 2009.
- PESSO, A. (2004). Memory and consciousness : In the Mind's Eye, in the Mind's Body. *Psychotherapie*. 2004, Nr. 9, Jg. 2, pp. 260-266.
- PESSO, A., ET AL. (2002). Movement and action in the transformation of trauma : the role of somatic experience, purposeful action, and theater in the treatment of trauma-workshop II in the BU trauma conference May 30, 2002 [online]. 2002 [cit. 2009-11-05]. Přístupné z WWW: <http://pbbsp.com/conferences/Trauma/TraCtr04.pdf>/>.
- PESSO, A., PERQUIN, L. (1996). On contract and motivation in PESSO Boyden psychomotor system. *Pesso bulletin*. 1986, Nr. 2, 7 p.
- PESSO, A. (1997b). PBSP® Perspective on Reich by Albert PESSO. [online]. 1997 [cit. 2009-08-14]. Přístupné z WWW: <http://pbbsp.com/books&articles/reichper.htm>/>.
- PESSO, A. (1997a). PBSP-Pesso Boyden System Psychomotor. In Ch. Caldwell. *Getting in touch: a guide to body-centered therapies*. 1st ed. Wheaton: Publishing House, 1997, pp. 117-153. ISBN 0-8356-0761-5.
- PESSO, A. (1987). Respect for the body. *Tijdschrift voor PESSO-psychotherapie*. 1987, Nr. 3, Jg. 3, s. 292-298.
- PESSO, A. (2008). *Sít' vztahů v rodině, její historie a základní vývojové potřeby*. [DVD-ROM]. Praha: Diabasis, 2008.
- PESSO, A. (2002). *The corrective experience*. Franklin: PBSP Press. 2002. 3 s.
- PESSO, A. (1990b). The effects of pre- and perinatal trauma. [online]. 1990 [cit. 2009-10-25]. Přístupné z WWW: <http://www.pbbsp.com/books&articles/pre&peri.htm>/>.

- PESSO, A. (200?). *Psycho-trauma and posttraumatic stress syndrome (PTSS) : workshop for PBSP training in München*. [DVD-ROM]. München: [s. n.], 200?.
- PESSO, A. (2009b). Umíme opravit špatné vzpomínky. *Psychologie dnes*, 2009, roč. 15, č. 2, s. 6-9.
- PESSO, A. (1999). *Werden, wer wir wirklich sind*. [online]. 1999 [cit. 2009-10-25]. Přístupné z WWW: <<http://www.fischer-bartelmann.de/Bulletin/10/Artikel10-1WerdenWer.html>>.
- PIAGET, J. (2001). *Psychologie dítěte*. 4. vyd. Praha: Portál, 2001. 143 s. ISBN 80-7178-608-X.
- PLUTCHIK, R. A. (1980). General psychoevolutionary theory of emotion. In R. Plutchik, H. Kellerman (eds.). *Emotion : theory, research, and experience*. New York: Academy, 1980, 1. chapter. pp 3-33.
- POINTON, C. (2004). The future of trauma work. *Counselling & Psychotherapy Journal*, 2004, vol. 15, no.4, pp. 10-13.
- PORTERFIELDOVÁ, K. M. (1998). *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1998. 143 s. ISBN 80-7106-262-6.
- PRAŠKO, J. (2004). Posttraumatická stresová porucha. In D. Seifertová, J. Praško, C. Höschl (eds.). *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group, 2004, 14. kapitola. s. 252-270. ISBN 80-86694-06-2.
- PREISS, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 1, s. 8-11.
- PREKOPOVÁ, J. (2000). *Malý tyran*. 4.vyd. Praha: Portál, 2000. 156 s. ISBN 80-7178-485-0.
- PRICE, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse : an efficacy study. *Altern ther health med*. 2005, vol. 11, no. 5, pp. 46-57.
- PROCHASKA, J. O, NORCROSS, J. C. (2001). *Psychoterapeutické systémy*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 479 s. ISBN 80-7169-766-4.
- RANCOURT, B. (2008). *Zbavit se minulosti : jak léčit dávná emoční zranění*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 978-80-7367-363-5.
- REESE, E. (2002). Social factors in development of autobiographical memory : the state of art. *Social development*. 2002, vol. 11, no. 1. pp. 124-142.
- REICH, W. (1993). *Funkce orgasmu : sex ekonomické problémy biologické energie*. 1.vyd. Praha: Concordia, 1993. 288 s. ISBN 80-901389-1-8.
- RESICK, P. A. (2001). *Stress and trauma*. 1st ed. Philadelphia: Taylor Francis, 2001. 216 p. ISBN 978-1841691909.
- RITCHIE, J., SPENCER, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman, R. G. Burgess (eds.). *Analysing qualitative data*. London: Routledge, 1994. pp 135-153. ISBN 978-0415060639.
- ROGERS, C. R. (2000). *Klientom centovaná terapia jej súčasná prax, aplikácia a teória*. 1. vyd. Modra: Persona, 2000. 497 s. ISBN 80-967980-3-0.

- ROGERS, C. R. (1998). *Způsob bytí : klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 292 s. ISBN 80-7178-233-5.
- RÖHRICHT, F., PRIEBE, S. (2006). Effect of body oriented psychological therapy on negative symptoms in schizofrenia : a randomised controlled trial. *Psychological medicine*. 2006, no. 36, pp. 669-678.
- ROSENZWEIG, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of orthopsychiatry*. vol. 6, pp. 412-415.
- ROTHBAUM, B. O., ET AL. (2000). Cognitive – behavioral therapy. In E. Foa, T. Keane, M. J. Friedman (eds.). *Effective treatments for PTSD*. New York: The Guilford Press, 2000, 16. chapter, pp. 320-326. ISBN 1-59385-014-X.
- ROTH-BILZ, A. (2010a). Theorie der Pessotherapie : Pesso einzeltherapie. [online]. 2010 [cit. 2010-2-10]. Přístupné z WWW: <http://www.almuthroth.de/theorie-der-pessotherapie-aufsatz2.html/>.
- ROTH-BILZ, A. (2010b). Theorie der Pessotherapie : Pessotherapie-Grundlagen und methode. [online]. 2010 [cit. 2010-2-10]. Přístupné z WWW: <http://www.almuthroth.de/theorie-der-pessotherapie-aufsatz1.html/>.
- ROTH-BILZ, A. (2010c). Was ist Pessotherapie? [online]. 2010 [cit. 2010-2-10]. Přístupné z WWW: <http://www.almuthroth.de/pessotherapie.html/>.
- ROTHSCHILD, B. (2000). *The body remembers : the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. 1st ed. New York: W. W.. Norton & Company, 2000. 224 s. ISBN 0-393-7032-74.
- RÜEGG, J. C. (2007). *Gehirn, psyche und körper*. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 2007. 243 s. ISBN 978-3-7945-2573-7.
- ŘÍČAN, P. (2007). *Psychologie osobnosti*. 5.vyd. Praha: Grada, 2007. 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
- SCARFF, M. (2005). *Secrets, lies, betrayals: how the body holds the secrets of life, and how to unlock them*. 1st ed. New York: Ballantine books, 2005. 344 p. ISBN 0-345-48117-8.
- SEDLÁKOVÁ, Z. (2003). *Práce se tělem v psychoterapii*. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie, 2003. 155 s. Vedoucí diplomové práce. MUDr. Mgr. Radvan Bahbouh, Ph.D.
- SELIGMAN, M. E. P., LINLEY, P. A. (2004). *Positive psychology in practice*. 1st ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2004. pp. 1-56. ISBN 978-0471459064.
- SERVAN-SCHREIBER, D. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing : is psychiatry missing the point? *Psychiatric times*. 2000, vol. 3, pp. 36-40.
- SHAPIRO, F., FORREST, M. S. (2004). *EMDR : The breakthrough „eye movement" therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. 1st ed. New York: Basic books, 2004. p. 325. ISBN 978-0465043019.

- SHEIKH, A. I. (2008). Posttraumatic growth in trauma survivors : implications for practise. *Counselling psychology quarterly*. 2008, vol. 21, no. 1, pp. 85-97.
- SCHACHTEL, E. G. (1947). On memory and childhood amnesia. *Psychiatry*. 1947, vol. 10, pp. 1-26.
- SCHMOOKLER, E. (1996). *Trauma treatment manual*. Berkley: [s. n.], 1996. p. 19.
- SCHNURR, P. (2009). The changing face of PTSD diagnosis. *Journal of traumatic stress*. 2009, vol. 22, no. 1, pp. 1-2.
- SCHRENKER, L. (2005). Der psychotherapeutische prozess in der Pesso-therapie (PBSP). In K. D. S. Sulz, L. Schrenker, Ch. Schrickler (eds.). *Die psychotherapie entdeckt den körper*. München: CIP Medien, 2005. s. 337-373. ISBN 978-3-932096-38-X.
- SCHRENKER, L. (2010). Die Behandlung traumatischer Storungen mit Pesso-therapie (PBSP). *[s. n.]*. 2010, 14 s.
- SCHRENKER, L. (2008). *Pesso-therapie : das wissen zur heilung liegt in uns*. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 2008. 332 s. ISBN 978-3-608-89075-4
- SCHRENKER, L., FISCHER-BARTELMANN, B. (2003). Pesso Boyden system psychomotor (PBSP). Pesso-therapie- ein in Deutschland neues ganzheitliches Verfahren einer körperorientierten Form der Gruppentherapie. *Psychotherapie* 8. 2003, Nr. 8, Jg 2, s. 306-314.
- SCHRENKER, L., FISCHER-BARTELMANN, B. (2004). Pesso-therapie in der arbeit mit paaren. *Psychotherapie* 9. 2004, Nr. 9, Jg 2, s. 295-309.
- SCHROOTS, J. J. F., VAN DIJKUM, C., ASSINK, M. H. J. (2004). Autobiographical memory form and lifespan perspective. *International journal of aging and human development*. 2004, vol. 58, pp. 91-115.
- SIEGEL, D. J. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. 1st ed. New York: Guilford Press, 1999. pp. 1-38. ISBN 9781572304536.
- SIŘÍNEK, J. (2005). Fiktivní kasuistika demonstrující základní nástroje PBSP. [online]. 2005 [cit. 2009-11-10]. Přístupné z WWW: <http://www.pbbsp.cz/texty/Fiktivn%ED%20kasuistika.htm/>.
- SIŘÍNEK, J. (2008). Vývojová psychopatologie a body work. Pojednání o nepokrevních příbuzenských vztazích mezi psychoterapeutickými školami. *Psychoterapie*. 2008, roč. 2, č. 1, s. 21-26.
- SMÉKAL, V. (2004). *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 2. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2004. 523 s. ISBN 80-86598-65-9.
- SMITH, E.V. L. (2007). *Tělo v psychoterapii*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 205 s. ISBN 978-80-7367-144-0.
- SOLOMON, E. P., HEIDE, K. M. (2005). The biology of trauma implications for treatment. *Journal of interpersonal violence*. 2005, vol. 20, no. 1, pp. 51-60.

- SPITZ, R. A. (1949). The role of ecological factors in emotional development in infancy. *Child development*. 1949, vol. 20, no. 3.
- SQUIRE, L. R., ZOLA MORGAN, S. (1991). The medial temporal lobememory system. *Science*. 1991, vol. 153, pp. 2380-2386.
- STEELE, K. H. (1989). A model for abreaction with MPD and other dissociative disorder. *Dissociation*. 1989, vol. 11, no. 3, pp. 151-159.
- STERN, D. N. (2008). Forms of relational meaning : issues in the relations between the implicit and reflective-verbal domains. *Psychoanalytic dialogues*. 2008, vol. 18, pp. 125-148.
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
- SWEET, A. (1995). A theoretical perspective on the clinical use of EMDR. *The Behavior Therapist*. 1995, vol. 18, pp. 5-6.
- TEDESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. (2006). Expert companions : posttraumatic growth in clinical practice. In R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun (eds.). *Handbook of posttraumatic growth. Research and practise*. Mahwah.: Erlbaum, 2008, 15. chapter. pp 291-310. ISBN 0-8058-5196-8.
- TEDESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. (2004). Posttraumatic growth : conceptual foundations and empirical evidence. *Psychology inquiry*. 2004, vol. 15, no. 1, pp. 1-18.
- TEDESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory : measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996, vol. 15, no. 9, pp. 455-471.
- TEDESCHI, R. G., PARK, C. L., CALHOUN, L. G. (1998). *Posttraumatic growth : positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah: Erlbaum, 1998. 272 p. ISBN 978-0805823196.
- TINBERGEN, N. (1951). *The study of instinct*. Oxford: Oxford University Press, 1951. 250 p. ISBN 978-0198577225.
- SCHREIBER, M., MAREŠOVÁ, D. (2004). Fyziologie žláz s vnitřní sekrecí. In S. Trojan, at al. (eds). *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2003, 14. kapitola. s. 475-508. ISBN 80-247-0512-5.
- VÁGNEROVÁ, M. (2005). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- VALENT, P. (1998). Introduction to survival strategies. *From survival to fulfillment : a framework for the life-trauma dialectic*. 1st ed. Philadelphia: Brunner/ Mazel, (1998), 7. chapter. pp. 115-123. ISBN 0-8763-3092-8.
- VAN DER KOLK, B. (2007). About Dr. van der Kolk. [online]. 2007 [cit. 2010-1-20]. Přístupné z WWW: <http://www.traumacenter.org/products/publications.php>.
- VAN DER KOLK, B., FISLER, R. (1995). Dissociation & fragmentary nature of traumatic memories : overview & exploratory study. *Journal of traumatic stress*. 1995, vol. 8, no. 4, pp. 505-525.
- VAN DER KOLK, B., VAN DER HART, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry*. 1989, vol. 146, no. 12, pp. 1530-1540.

- VAN DER KOLK, B. (1994). The body keeps the score : memory and the emerging psychobiology of post traumatic stress. *Harvard review of psychiatry*. 1994, vol. 5, no. 1, pp. 253-265.
- VAN DER KOLK, B. (1988). The trauma spektrum : the interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of traumatic stress*. 1988, vol. 1, no. 3, pp. 273-287.
- VAN DER KOLK, B. (1998). Trauma and memory. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 1998, vol. 52, pp. 97-109.
- VESELÁ, I. (2008). *Krize a posttraumatický růst : možnosti a metafora krize*. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie, 2008. 133 s. Vedoucí rigorózní práce. MUDr. Mgr. Radvan Bahboub, Ph.D.
- VIZINOVÁ, D., PREISS, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 158 s. ISBN 80-7178-284-X.
- VODÁČKOVÁ, D., ET AL. (2002). *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-0.
- VONDRÁČEK, V. (1983). *Konání a jeho poruchy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1983. 417 s.
- VYGOTSKIJ, L. S. (2004). *Psychologie myšlení a řeči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-943-7.
- VYMĚTAL, J. (2007). *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.
- VYMĚTAL, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. 262 s. ISBN 80-247-0253-3.
- WHITE, M., EPSTON, D. (1992). *Experience, contradiction, narrative & imagination : selected papers of David Epston & Michael White 1989-1991*. 2nd ed. Adelaide: Dulwich Centre Publications, 1992. 206 p. ISBN 978-0646094557.
- WILLIAMS, M. B., POIJULA, S. (2002). *The PTSD workbook : simple, effective, techniques for overcoming traumatic stress symptoms*. 1st ed. Oakland: New Harbinger Publications, 2002. 273 p. ISBN 978-1572242821.
- WINNICOTT, D. W. (1998). *Lidská přirozenost*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 143 s. ISBN 80-8-123-05-7.
- ZEIG, J. K. (2005). *Umění psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 710 s. ISBN 80-7178-972-0.

PŘÍLOHY

Příloha 1. Přehled základních pojmů PBSP

Protože považujeme za důležité, aby se čtenář mohl lehce zorientovat ve specifických pojmech používaných PBSP metodou, rozhodli jsme se zařadit do příloh vymezení základních termínů dané metody. Tento přehled neslouží jako komplexní vymezení teorie PBSP a podrobnější objasnění termínů v širším kontextu je uvedeno v příslušných kapitolách.

SFÉRA MOŽNOSTÍ (Possibility sphere)

Psychologický prostor, ve kterém klient pracuje. Je to „prázdný“ prostor vyzývající klienta k tomu, aby ukázal části vlastního já, které ukrýval, nebo je nikdy vědomě nepoznal, nepojmenoval, neohodnotil a neinternalizoval v egu.

MICROTRACKING

Specifická technika v PBSP, při níž terapeut sleduje proměňující se emocionální a tělové stavy během sezení a pomáhá je klientovi zvědomovat jejich pojmenováváním.

POSTAVA SVĚDKA (Witness figure)

Společně s hlasem je nástrojem procesu zvaného microtracking. Tato symbolická, pečující, soucitná osoba objevující se skrz ústa terapeuta sleduje a reaguje na citové stavy klienta a dává jim jména, oprávnění a požehnání.

HLAS (Voice figure)

Daný nástroj microtrackingu se objevuje skrz ústa terapeuta. Postava hlasu vyslovuje nahlas postoje a životní přesvědčení klienta o sobě a situacích, jako by to byly jeho vnitřní hlasy.

BOOKMARK

Tento PBSP pojem je jakýsi mezikrok mezi historickou a antidotární scénou. Bookmark neznamená přítomnost ideální osoby, ale nastiňuje tuto možnost v mysli klienta.

PLACEHOLDER

Tento PBSP pojem značí jakousi databanku vzpomínek, myšlenek a pocitů klienta týkající se nějaké postavy z jeho historie, kterou má nyní v mysli a kterou externalizuje pomocí jakéhokoli předmětu v roli symbolu. Jedná se tedy o neurologickou databázi v mozku jedince, která má schopnost probouzet emoce.

TVAR/ PROTITVAR (Shape/countershape)

Je-li tvarem emoce/akce klienta, je protitvarem vytoužená, uspokojující reakce na tuto emoci/akci. Když se dítě třese zimou, adekvátní reakcí na tuto akci je zahřát dítě v náručí.

TŘI PSYCHOMOTORICKÉ SYSTÉMY (Three psychomotor system)

PBSP specifikuje tři základní pohybové systémy u lidí: reflexní, volní a emocionální.

VNITŘNÍ ZRAK (Mind's Eye)

Jestliže pomyslíme na určitou událost, osobu nebo prostředí, v naší mysli se objeví "obraz".

A. Pesso nazývá tento jev jako "dívání se na vnitřní obrazovku", dívání se "vnitřním zrakem".

MENTÁLNÍ TĚLO (Mind's Body)

Jakmile jedinec začne myslet na určitou činnost, osobu či situaci, vnitřní obraz této aktivity spontánně vyvolá reakci těla. Činnost mentálního těla je úzce spojen s pamětí.

PILOT (Pilot)

Pojmenování integrující, koordinační a rozhodovací mentální funkce, která je ve styku s emočním i kognitivním obsahem.

5 ZÁKLADNÍCH POTŘEB (Basic needs)

Lidé mají pět základních potřeb: místo, péče, podpora, ochrana a omezení (limits). Základní potřeby musí být uspokojeny rodiči v období dětství, aby se mohlo vyvíjet ego dítěte a aby se dítě stalo svým skutečným já. Potřeby procházejí třemi základními stádii: doslovné a konkrétní /symbolické /autonomní.

1. Potřeba MÍSTA (place)

Obyvatelný, vlnitý a vstřícný prostor pro život dítěte. Na začátku je to děloha, po narození pak rodičovská náruč, srdce a mysl rodičů, a vlastní prostor doma u rodičů. Později se mění na místo ve světě. Schopnost cítit se doma, přesvědčení, že tu "jsem správně" a nejsem "mimo".

2. Potřeba VÝŽIVY (nurturance / péče)

Akt péče o ty dětské potřeby, které obrazně udržují život – jako například kojení, krmení, péče, mytí, hýčkání, hlazení atd. V pozdějším období se tyto potřeby mění na symbolické krmení a péči způsobem, který psychologicky udržuje život – jako je poplácání po rameni, ohodnocení, obdiv apod. Kdo je v tomto smyslu "dobře živen" má pocit plnosti, naplnění, nasycení.

3. Potřeba PODPORY (support)

Akt podpory a péče o dítě, které je ještě malé na to, aby se samo postavilo nebo chodilo. Ruce a klín rodiče poskytují tuto podporu. Později se mění na psychologickou podporu, rodič „stojí za dítětem.“ Lidé, kteří mají z dětství bohatou zkušenost s dostatkem podpory, si jí dokáží v dospělém životě dobře zajistit, mají energii a necítí se bezmocně vydaný na pospas okolnostem.

4. Potřeba OCHRANY (protection)

Akt obrany jemné zranitelnosti dítěte proti fyzickému poranění. Rodiče poskytují dítěti tuto ochranu postavením pevného štítu vlastního těla mezi dítě a možný kontakt s tvrdými povrchy nebo s jiným nebezpečím. Později se přemění na psychologickou obranu nebo ochranu, například blokování

slovního nebo psychologického poranění. Získává-li člověk včas zkušenost, že je chráněn - pocit bezpečí a schopnost žít aktivně, bez přehnaného pocitu ohrožení.

5. Potřeba LIMITŮ (limits)

Akt fyzického bránění dítěti, aby neškodilo sobě, ostatním nebo aby neničilo vzácné předměty. V pozdějších letech se mění ve verbální nebo psychologická omezení. Být definován - vědět, kdo jsem a kdo nejsem, odkud kam sahá můj vliv a kde začíná vliv druhých.

ZÁKLADNÍ VÝVOJOVÉ ÚKOLY

1. Integrace polarit (Integration of polarities)
2. Rozvinutí vědomí (Development of consciousness)
3. Rozvoj pilota (Development of pilot)
4. Rozvoj jedinečnosti (Realization of uniqueness)

TŘI FORMY NEADEKVÁTNÍ SATURACE POTŘEB

1. Deficitní forma
2. Traumatická forma
3. forma Mezery v rolích

CVIČENÍ

V úvodní fázi léčby se klienti připravují k účasti v psychoterapeutickém procesu za pomoci cvičení. Těmito cvičeními se zvyšuje klientova citlivost k přítomnosti, podstatě a významu tělových signálů a motorických projevů. Tělesné obtíže a příznaky se pro klienta promění z cizorodých prvků ve zdroj hodnotných informací, které mohou podněcovat náležitou akci a interakci. Cvičení také podporují skupinovou kohezi, neboť členové skupiny si na sebe zvykají vytvářením dojmů o vlastnostech a citlivosti druhých. Pozorností k individuálním odlišnostem i univerzalitě potřeb roste vzájemná důvěra a respekt.

STRUKTURA

Název terapeutického sezení v PBSP terapii, který trvá 50 minut jako individualizované sezení jednoho člena na pozadí skupiny.

Proces struktury se odvíjí ve čtyřech krocích:

1. Tady a teď („skutečná scéna“)
2. Minulost („historická scéna“) - tehdy a tam
3. Antidotum („protilék“) – tehdy a tam s ideálními postavami
4. Nová percepce a integrace ("nová mapa")

AKOMODACE

Hraním rolí členové skupiny představují důležité aspekty osob z klientovy minulosti a současného života. Postavy hrající role neimprovizují, jako v psychodramatu podle J. Morena,

ale akomodují ve směrech klientova vyjádření energie modifikací způsobů, jak sedí, dívají se, poskytují a udržují fyzický kontakt během interakcí s klientem. Se dvěma členy skupiny vybranými do archetypálních rolí ideálních rodičů může klient experimentovat s tělesnou blízkostí, podporou a fyzickým ohraničením a s potřebami z dětství, které mohou být na této symbolické úrovni naplněny. Tato symbolicko-fyzická reprezentace vnitřních objektních vztahů z dětství je pro Pesso Boyden psychoterapii charakteristická.

SDÍLENÍ (Sharing time)

Časový úsek následující bezprostředně po struktuře, kdy jsou členové skupiny vyzváni, aby sdíleli své prožitky a emoce, které se jim vybavily při sledování struktury. Není to čas na zpětnou vazbu, analýzu nebo konfrontaci s klientem, který ve struktuře pracoval.

CHECK-IN FÁZE

Úvodní etapa terapeutického sezení, v rámci níž se učí osoby obracet pozornost více ke svým pocitům a potřebám, než k dokonalému převyprávování příběhů a učí se vzájemně sdílet své prožívání a naslouchat druhým.

CHECK-OUT FÁZE

Poslední etapa terapeutického procesu, kdy skupina sedí opět v kruhu. Úkolem této etapy je propojovat jedince s vlastní žitou realitou mimo prostor terapeutické skupiny.

HISTORICKÁ SCÉNA

Jedná se o jednu z časových rovin, ve které probíhá struktura. V jejím rámci poskytuje klient základní informace o své dávné historii a o tom, co v ní nebylo naplněno.

SYMBOLICKÁ, ANTIDOTÁRNÍ SCÉNA

V rámci této časové roviny dochází k emočně korektivní zkušenosti, která má podobu antidota, nebo-li protiléku na neadekvátní minulé zážitky. Terapeutická práce probíhá v současnosti s ohledem na nenaplněné historické zážitky.

ROLE TERAPEUTA V PBSP

V PBSP terapeut podporuje klienta a pomáhá mu vytvářet bezpečné rituální prostředí, kde lze při vzpomínce na deficitní minulost dostat adekvátní interakce s ideálními postavami. Terapeut není ten, kdo přináší témata ani není poskytovatelem léčivé zkušenosti, je pouze facilitátorem terapeutického procesu.

IDEÁLNÍ POSTAVY (Ideal figure)

Ideální postavy jsou zcela virtuálními, symbolickými postavami, které představují členové skupiny nebo určité symboly. Ideální postava je vytvořena tak, aby co nejvíce odpovídala potřebám klienta ve struktuře a aby tyto potřeby mohly být symbolicky prožity a uspokojeny.

POZITIVNÍ AKOMODACE (Positive accommodation)

Přesná, shodná a příslušná reakce vyjádřená slovy, pohyby a dotykem, která má uspokojit vyjádřené potřeby klienta ve struktuře.

ANTIDOTUM (Antidote)

Antidotum tvoří tzv. „protilék“ na deficity, traumatické zážitky a vzpomínky na mezery v rolích. Je součástí ideální scény, kde dochází k adekvátní saturaci potřeb z klientovy historie. Zážitek antidota svými hlubokými tělovými vjemy a uspokojením nevymazává starou mapu, ale funguje jako nová syntetická paměť, poskytující alternativu ke klientovu předchozímu způsobu vnímání a jednání, která je protiváhou (nová mapa) starému negativnímu podmiňování (stará mapa). Získáním tohoto alternativního podnětu verbální i neverbální cestou se u klienta vyvíjí realističtější vnímání sebe sama i druhých, které vede k optimističtější rekonstrukci osobního nahlížení skutečnosti.

ALTERNATIVNÍ ZÁZNAM V PAMĚTI (Alternative memory in past)

Vytváření nové syntetické paměti je hlavním smyslem a cílem PBSP terapie. V jejím průběhu klient zažívá nové alternativní zkušenosti vzhledem ke své minulosti s ideálními postavami, které v jeho historii chyběly. Ideální postavy plní deficity potřeb z dětství. Tato nová pozitivní vzpomínka ve formě zkušenosti zůstává v paměti klienta a ovlivňuje jeho další život.

SKUTEČNÉ JÁ (True self)

Skládá se z jedinečných vrozených individuálních vlastností. Je definováno jako to „kdo skutečně jsem“. Přicházíme s ním na svět v podobě našeho potenciálu, naše jádra, naší duše.

EGO

Je vytvořeno na základě interakcí s vnějším světem. Psychologická hranice osoby tvoří jakási pomyslná „kůže SKUTEČNÉHO JÁ“. Ego „rozhoduje“, co přijmout a co vyloučit při základním historickém učení. Poznává skutečné Já, řídí a reguluje jeho vyjádření a realizaci. Pracuje se symboly a abstrakcemi. Je to psychologický orgán, který odlišuje: já a ostatní, skutečnost a fantazie, sen a bdělost apod.

VLASTNÍ JÁ (Self)

Představuje to, co nabízíme vnějšímu světu. Obsahuje vše, čím se každý z nás stal, naši identitu a osobnost, jak je prezentujeme v denním životě podle specifických vzorců chování. Je to, co bylo z DUŠE (SKUTEČNÉHO JÁ) uskutečněno pod vlivem vývoje EGA. Může a nemusí být ve shodě se „skutečným já“. Čím více je EGU umožněno rozvinout potenciál DUŠE, tím více je SELF v souhlasu s DUŠÍ.

Příloha 2. Informovaný souhlas I

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Potvrzuji svým podpisem, že jsem převzala od Diabasis, zastoupené Mgr. Michaelem Vančurou, devět kopií psychoterapeutických struktur PBSP pocházejících z pilotní studie „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“.

Zavazuji se, že tyto nahrávky použiji anonymizovaně pouze pro svoji odbornou práci, nebudu je nikomu dalšímu ukazovat ani z nich pořizovat kopie. Transkripce a překlad daných materiálů nebudu publikovat, aby nedošlo k jakékoli identifikaci výzkumných osob. Nahrávky vrátím v domluvený termín zpět do rukou M. Vančury.

Michael Vančura
předseda Diabasis

Zuzana Čepelíková

V Praze dne 14.1.2010

Příloha 3. Informovaný souhlas II

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Milí a vážení účastníci výzkumu A. Pessa v ČR,

na základě supervizní spolupráce Yvonne Lucké, doporučení A. Pessa a po dohodě s Michaelem Vančurou za sdružení Diabasis Vás oslovuji s prosbou ohledně konané pilotní studie Výzkumu efektu terapeutického sezení PBSP.

Dokončuji mé vzdělání v oboru psychologie na Univerzitě Karlově v Praze závěrečnou prací **Možnosti a meze PBSP při práci s traumatizovanými klienty** pod vedením PhDr. V. Junkové.

Na doporučení A. Pessa, M. Vančury a Y. Lucké se na Vás obracím s prosbou o svolení použití přepisu nahrávek proběhlých struktur ve výše zmíněném výzkumu. Ráda bych navázala ve své diplomové práci na tuto pilotní studii, rozšířila ji o pohled na určité jevy procesu PBSP a vytěžila nové poznatky pro práci s traumatizovanými klienty.

Součástí této diplomové práce je výzkumná část, která zkoumá pomocí obsahové analýzy specifika terapeutické práce s klienty, kteří ve své historii prožili traumatickou událost. Ve výzkumu se užívají přepisy proběhlých struktur s ohledem na důkladnou anonymizaci dat. Anonymizace dat zajišťuje, aby příběh ani žádné osobní údaje nevedly k odhalení totožnosti jedince ve výzkumu. Zároveň jsem vázaná mlčenlivostí, která se týká veškerých Vámi poskytnutých dat a shlednutých nahrávek. Nebudou prezentovány transkripce videonahrávek, ani pořizovány kopie těchto přepisů či videonahrávek.

Po odevzdání diplomové práce budete seznámeni s výsledky výzkumu a bude Vám v případě zájmu poskytnuta tato práce.

Ráda bych Vás požádala o vyjádření Vašeho postoje k možnosti užití těchto videonahrávek s podporou a spoluprací A. Pessa, Y. Lucké, M. Vančury na adresu Michaela Vančury [redacted] V případě jakýchkoli dotazů je mne možné kontaktovat na tel. [redacted]

S poděkováním
Zuzana Čepelíková

V Praze dne 7.10.2009

Samozřejmostí je anonymizace použitých dat a mlčenlivost o všech získaných datech a informacích, kterou stvrzuji svým podpisem.

Mgr. Zuzana Čepelíková
studentka psychologie, FF UK

Souhlasím s účastí ve výzkumu a s anonymním využitím výsledků a informací z videonahrávek struktur pro zpracování diplomové práce.

Dále jsem obdržel/a 1 výtisk informovaného souhlasu a mé dotazy byly uspokojivě zodpovězeny.

podpis respondenta

V Praze dne.....

Příloha 4. Informovaný souhlas III

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Milí a vážení frekventanti výcviku PBSP,

dokončuji mé vzdělání v oboru psychologie na Univerzitě Karlově v Praze závěrečnou prací **Možnosti a meze PBSP při práci s traumatizovanými klienty** pod vedením PhDr. V. Junkové.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který slouží ke zpracování praktické části mé diplomové práce. Dotazník je pouze jednou částí výzkumu a zaměřuje se na subjektivní zkušenost s touto metodou.

Při zpracování dat jsem vázaná mlčenlivostí, která se týká veškerých Vámi poskytnutých informací. Veškerá data použitá v diplomové práci budou anonymizována, nebude uvedeno jméno, věk, pohlaví ani profesní orientace. Dotazník nebude publikován v jeho komplexní podobě.

Po odevzdání diplomové práce budete seznámeni s výsledky výzkumu a bude Vám v případě zájmu recipročně poskytnuta tato práce.

Pro větší pocit bezpečí a anonymity slouží k odesílání odpovědí emailová schránka [redacted], heslo je [redacted]

Ráda bych Vás požádala o vyjádření Vašeho postoje k možnosti vyplnění dotazníku. V případě jakéhokoli dotazu mne neváhejte kontaktovat na emailové adrese [redacted] či tel. čísle [redacted]

S poděkováním
Zuzana Čepelíková

V Praze dne 11.1.2010

Samozřejmostí je anonymizace použitých dat a mlčenlivost o všech získaných datech a informacích, kterou tímto stvrzuji. ANO

Mgr. Zuzana Čepelíková

studentka psychologie, FF UK

Souhlasím s účastí ve výzkumu a s anonymním využitím výsledků a informací z dotazníku pro zpracování diplomové práce. ANO NE (zaškrtněte žádoucí)

proband

V Praze dne.....